



XLIX Legislatura

DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 1084 de 2022

S/C — Comisión de Salud Pública y Asistencia Social

GRUPO DE COMPRENSIÓN, PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
(UDELAR)

SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL DEL URUGUAY
(SOMERUY)

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 4 de octubre de 2022

(Sin corregir)

Preside: Señora Representante Lucía Etcheverry Lima.

Miembros: Señoras Representantes Cristina Lústemberg, Silvana Pérez Bonavita, Nibia Reisch y señor Representante Alfredo De Mattos.

Delegado de Sector: Señor Representante Luis Gallo Cantera.

Invitados: Por el Grupo de Comprensión, Prevención de la Conducta Suicida de la Universidad de la República (UDELAR) doctora Alicia Canetti, psicóloga Catalina Barria y la licenciada en Enfermería y Magister en Salud Mental Mariela Balbuena.

Por la Sociedad de Medicina Rural del Uruguay (SOMERUY), doctoras Claudia Conde, Presidenta; Mónica Segade, Secretaria y señora Alicia Panizza.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Margarita Garcés.

═══II═══

SEÑORA PRESIDENTA (Lucía Etcheverry Lima).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Se da cuenta de los asuntos entrados:

(Se lee:)

"**CARPETA N° 2065/21. ESTABLECIMIENTOS O INSTITUCIONE S DONDE SE ASISTAN PARTOS. Modificación a la Ley Nº 17.565.**

LA ASOCIACIÓN OBSTÉTRICA DEL URUGUAY (AOU). Remite documento elaborado por la asociación en apoyo a la modificación de la ley Nº 17.565 y proponen cambios. (Asunto Nº 156424)".

——Damos la bienvenida y agradecemos la presencia del Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida de la Universidad de la República, integrado por la doctora Alicia Canetti, la psicóloga Catalina Barria y la licenciada en enfermería y magíster en salud mental, Mariela Balbuena.

Como decíamos, agradecemos que hayan tenido la deferencia de asistir hoy.

Esta Comisión ha venido, por lo menos, intentando abordar el tema, que es de muchísima preocupación, gravitante. Incluso, ha habido información que se dio a conocer recientemente, que pone aun más de manifiesto la importancia de abordarlo en particular.

En ese sentido, hay algunas iniciativas ya aprobadas y otras que han ingresado para su tratamiento parlamentario. Sin embargo, no son una mirada integral, sino que tratan de ir generando pasos y avances en el sentido de, por lo menos, ponerlo en importancia de la opinión pública. Así se aprobó el año pasado una campaña especial a través del INJU, en virtud de la importancia y la gravitación que tiene en adolescentes y jóvenes esta problemática del suicidio, pero también hay planteos que han trasladado con muchísima preocupación el sindicato policial, en particular, que se ve realmente afectado por las características de la tarea que desempeñan los policías.

Asimismo, el diputado Goñi Reyes ha sido uno de los que reiteró la necesidad de abordar el tema; el diputado Mujica ha presentado un proyecto, y varios legisladores del Frente Amplio, entre ellos, los que están presentes y el diputado Valdomir, estuvieron abordando el tema.

La Comisión tiene a su consideración la posibilidad de conformar un equipo integrado por asesores de los legisladores y legisladoras que la integran, para que pueda empezar a abordar el tema con la mirada diferente de los partidos, pero haciendo acuerdo en la necesidad de tener dispositivos, procedimientos y competencias claras frente al tema. En ese sentido, nos parece de orden y realmente relevante que la Universidad de la República también esté presente.

Entonces, sobre este tema queríamos, en primera instancia, recibir de parte de ustedes las miradas, las valoraciones y los análisis que han hecho en su seguimiento y, eventualmente, poder constituir parte de esta mesa de trabajo.

Les cedemos el uso de la palabra.

SEÑORA CANETTI (Alicia).- Soy profesora agregada de la Facultad de Medicina y trabajo desde sus orígenes en la conformación del Grupo de Comprensión, Prevención de Conducta Suicida de la Universidad de la República, estudiando y trabajando, tratando de profundizar en esta temática.

En primer lugar, agradecemos que se haya invitado al Grupo; para nosotros es un placer y un honor contribuir a la divulgación, sobre todo, el conocimiento que el Grupo ha manejado, no solo porque lo ha producido, sino también porque de alguna manera ha sistematizado y tratado de actualizar toda la evidencia disponible y, en esa medida, contribuir con nuestra mirada por dónde caminar desde las políticas públicas en torno a esta temática.

Simplemente voy a presentar al Grupo en forma rápida y las compañeras más jóvenes van a desarrollar nuestra perspectiva.

Este Grupo pertenece a la Universidad de la República, que empezó a trabajar específicamente en la temática alrededor del 2007 o 2008; en ese momento éramos dos compañeras: la doctora Cristina Larrobla y yo, que empezamos a trabajar en un proyecto de investigación sobre el tema. Esto constituyó la base para comenzar a ampliar las alianzas e ir consolidando un grupo de investigación, docencia y extensión desde la Universidad, pero también con el agregado de que fuimos muy consecuentes en tratar de generar puentes entre el conocimiento y la política pública, y en esa medida generamos, como base de la conformación del Grupo, una alianza con la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE. De modo que esa es una de las grandes riquezas de este Grupo.

En ese camino de consolidación se constituyó como tal formalmente a partir, más o menos, del año 2011, en esta alianza entre Universidad y organismos del Estado, particularmente, la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE, y fuimos ampliando nuestra conformación en cuanto a disciplinas y servicios universitarios. De modo que en la actualidad una de las características centrales es que además de ser intersectorial es, diríamos, "bastante" interdisciplinario, ya que convergen en el Grupo docentes, estudiantes avanzados y estudiantes de maestrías y doctorados de la Facultad de Ciencias Sociales, de Facultad de Medicina, de la Facultad de Psicología, de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, de la Facultad de Información y Comunicación y de la Facultad de Enfermería; no sé si me estoy olvidando de alguna. La idea es seguir ampliando esta interdisciplinariedad en la medida en que haya interés e interesados.

Además de ser interdisciplinario e intersectorial, hoy tenemos la característica de ser internacional o, por lo menos, regional, porque en el Grupo hay compañeros chilenos -la compañera que nos acompaña, Catalina- y hay compañeros paraguayos. O sea que tenemos esas tres cualidades que han ido contribuyendo a consolidar el Grupo y permitiendo ampliar, en esta perspectiva de la multidimensionalidad del problema -sabemos que es un problema complejo multidimensional- y hacer converger las distintas miradas, porque no es solo ampliar, por cuanto una de las grandes preocupaciones es cómo articulamos esas miradas, porque miradas puede haber muchas, las podemos tener adentro del Grupo pero si caminan por paralelo, poco contribuyen al avance del conocimiento.

Dentro de las líneas de trabajo, desde punto vista de la investigación, fundamentalmente el Grupo ha trabajado todo lo que tiene que ver con lo que llamamos representaciones sociales y obstáculos en el abordaje de la problemática a nivel social en su amplitud. A nivel sectorial hemos trabajado con lo que son obstáculos a nivel de representaciones socioculturales en el ámbito de la educación, de la salud; en esto el Grupo ha investigado y tiene productos que están divulgados, disponibles

También en investigación hemos trabajado en el tema del registro y la construcción del dato, que para nosotros es un tema central. En eso ha trabajado mucho la Facultad

de Ciencias Sociales y tenemos también productos que están disponibles sobre nuestros hallazgos.

Hemos trabajado también en algunos sectores de población vulnerable en investigación, sobre todo en adultos mayores; hay compañeros del Grupo que se han dedicado específicamente a este sector que, sin duda, es uno de los más importantes.

Asimismo, no tanto en la generación de datos o del conocimiento, sino básicamente en la sistematización y actualización del conocimiento, hemos abordado otras poblaciones vulnerables, como son las personas privadas de libertad y todo lo que es el sistema penitenciario -entre otras cosas, la importancia que tiene el ámbito policial y militar-, también con sectores vulnerables como son los adolescentes y los jóvenes, y a nivel de capacitación con adultos mayores, no tanto en producción, sino en contacto directo con esos sectores vulnerables.

Una de las cosas que a nosotros nos ha importado muchos es el contacto no solamente con las políticas públicas sino además con la sociedad organizada. En todo lo que tiene que ver con la capacitación de recursos humanos y sensibilización a la población el Grupo ha trabajado mucho en cursos de educación permanente, en cursos de formación a distintos sectores y ámbitos institucionales, también en talleres con la sociedad civil, organizada o no, porque hemos tenido instancias donde participan organizaciones y otras que fueron para público abierto; todo el tema de la sensibilización y la desestigmatización de la problemática es un aspecto que también nos interesa.

En materia de docencia, el Grupo ha ido avanzando, desde tener instancias de inclusión de la problemática en las currículas de grado y progresivamente hemos ido ampliando la oferta formativa a ámbitos de posgrados. Hoy tenemos maestrandos y magíster, incluso doctorandos, que han elegido esta temática como temas de investigación. O sea que tenemos instancias de grado y de posgrado en distintos servicios, pero con un foco particular en ciencias sociales, que es donde el Grupo ha tratado de ir profundizando, entre otras cosas, para ampliar la mirada trascendiendo el ámbito de la salud, que fue donde estuvo siempre puesto el foco de la problemática del suicidio.

Entonces, básicamente contando quiénes somos, cómo surgimos y qué estamos haciendo, este es el resumen que podemos hacer.

SEÑORA BALBUENA (Mariela).- Soy licenciada en enfermería, magíster en salud mental y doctorada en demografía

Continuando con la presentación del Grupo nos parece importante resaltar las premisas de trabajo.

Como dijo la doctora Alicia, es una problemática multicausal, compleja, que se debe abordar desde la sociedad, la comunidad, desde las relaciones entre personas, como el individuo como ser humano único y singular.

Queremos compartir las estadísticas de Uruguay; primero, compararnos con el mundo, después comentar las últimas en América y, por último, comentar la situación de Uruguay.

(Se realiza una presentación en Power Point)

——Como se muestra en la placa, se estima que en 2019 la causa de muerte de setecientos millones de personas fue por suicidio, lo que representa una tasa global de 9 por cada 100.000 habitantes. Uruguay tiene una cifra elevada en este sentido en América, que en Latinoamérica la compartimos junto con Guyana.

Nuestro país dentro del *ranking* de tasas ocupa el doceavo lugar, con tasas de 21,2 lo que nos diferencia claramente en la región.

La siguiente placa muestra cómo ha evolucionado la tasa de suicidio desde 1997 a 2021, donde se destaca la crisis del 2002 y el pico que todos conocemos con 20,62. Desde el 2007 ha habido incrementos y, en particular, desde el 2013, con una tasa de 16,13, ha subido paulatinamente en forma sostenida, llegando a 20,5 en 2016 y ahora estamos en un pico máximo de 21,4, más que en el 2002. La compañera va a profundizar luego sobre este dato.

Cuando se discriminan las tasas por grupos de edades, también hay una cifra que es necesario destacar. El grupo de veinticinco a veintinueve años -que ha tenido un incremento sostenido en el último quinquenio del 2015 al 2021, con una tasa de 36,2- y el grupo de adultos mayores -de sesenta y cinco a noventa-, donde vemos que a medida que aumenta la edad aumenta tasa, llegando a cifras -por ejemplo, de ochenta y cinco a ochenta y nueve años- de 49,7.

Cuando analizamos la tasa en el último quinquenio a nivel nacional, también ha habido un incremento de 18,55 a 21,4.

Por último, respecto de la situación epidemiológica, el Grupo ha trabajado por regiones, a fin de no particularizar por departamentos, por el estigma que esto genera. Claramente en las regiones se diferencian las cifras, siendo las menores en la región sur -Canelones y Montevideo- con 17, seguida por la región norte -con 20,5-, la oeste, con 25, 6, y prevalece claramente un aumento en la región este del país con 27,6.

A continuación, Catalina va ahondar sobre este fenómeno más desde lo social y lo multidimensional.

SEÑORA BARRIA (Catalina).- Como comentó Alicia, soy psicóloga de la Universidad de Concepción de Chile y estoy acá haciendo el magíster en sociología, integrando miradas para la comprensión de un fenómeno que es complejo. Estoy aquí hace ya tres años y pretendo seguir contribuyendo al país.

A partir de los datos que presentó Mariela hacemos un zoom en los tres grupos vulnerables respecto al suicidio; ahí van los títulos.

Quisimos presentar lo que tiene que ver con las masculinidades y el suicidio, que tiene características particulares, entendiendo que el fenómeno en sí es masculino. En este caso, los motivos manifiestos están dados por adicciones y el incremento sostenido de la violencia de género, este ciclo que se da entre femicidio y suicidio y métodos o motivos latentes, incumplimiento de funciones, de roles asignados socialmente -es decir, lo que se espera de los varones, que sean proveedores, sostén familiar- y cómo el incorporar estos patrones desde edades tempranas en el fondo limita a que los varones puedan expresar sus emociones o pedir ayuda, y en el caso de que exista algún fracaso en el ciclo vital sean mucho más condenados, quizás, que las mujeres.

En este caso, los métodos que ocupan son más letales y contundentes, asociados al carácter impulsivo, y también se plantea que dan más señales previas.

Como factores condicionantes de la masculinidad y el suicidio podemos mencionar componentes culturales directamente vinculados al género. Entendiéndolo así empezamos a transitar la comprensión o la construcción socio- histórica que existe de los roles y lo que les decía anteriormente: que el varón es físicamente fuerte, potente, agresivo, competitivo, que le cuesta aceptar fracasos y que ante alguna situación que implique pérdida de poder y autoridad en el fondo supone la falta de reconocimiento social, dolor, insatisfacción y frustración, que podrían desencadenar en ideas suicidas.

En cuanto a la respuesta social, hay escasas investigaciones y publicaciones sobre la depresión masculina, particularmente, en Uruguay. La condena social que implica el acto -esto no solo tiene que ver con masculinidades-, las campañas que silencian el contenido social en la mayor probabilidad de cometer suicidios. Aquí pensamos en propuestas respecto a que no solo hay que hablar de suicidio; introducirnos en este tema nos invita a reflexionar sobre la identidad masculina, la relación que existe entre la violencia y el suicidio a nivel estructural, sobre las exigencias que existen entre los propios varones -todo esto son construcciones sociales-, repensar la visión fragmentada -no solo decir que los varones se suicidan más, sino pensarlo como un tema social que nos involucre a todos- y el trabajo a nivel educativo con perspectiva de género, pensando en lo que se planteaba al principio de no expresar las emociones, etcétera, que es algo que se puede trabajar desde los primeros niveles. En la pantalla se puede leer una frase que puede resumir esto: "El suicidio será vivido como una única salida a una situación de impotencia y sufrimiento".

En el caso de juventudes y suicidio, podemos decir que es un fenómeno de escasa magnitud, pero el aumento creciente genera el impacto -ahí dice demoledor; una buena palabra- de que se suiciden jóvenes. Después podemos volver sobre esto, pero las tasas más altas de la juventud están en el rango etario entre veinticinco y veintinueve años, no así como se piensa -algo que ha sido muy apoyado por la prensa- en cuanto a que los suicidios en los adolescentes aumentan. Más allá de eso, da igual el número de cualquier suicidio que nosotros pensemos, el tema es cómo podemos prevenirlo.

En este caso, los motivos son distintos: ausencia de figuras referentes, roles de apoyo que se tienden a ver disminuidos, pérdida de familia como medio contenedor, posibilidad de conflictos al interior de la familia, rupturas de pareja, entre otros. En este caso, los síntomas depresivos y de acción suicida tienen una alta prevalencia. Los métodos son menos letales. Se destaca la exposición al riesgo, que muchas veces encubre llamados de atención reales, pero analizados -esto de que los chicos quieren llamar la atención-, finalmente, dificulta la prevención.

Como factores condicionantes se destaca la precariedad social y familiar subjetiva que se da en desarrollo con los cambios del equilibrio psíquico que produce vulnerabilidades a la personalidad, lo que tiene que ver con el ciclo vital; el despertar de la sexualidad y la capacidad reproductiva, que también va modificando los lazos familiares; hay oposición a norma; existen nuevas relaciones; se empieza a construir la base de la identidad, que también está asociado a crisis -normativa, pero que en otros casos no sale de lo normativo- ; también la ambivalencia de las expectativas en este grupo, ya que en el fondo esperamos mucho de los jóvenes, desconfiamos de sus capacidades y a veces los responsabilizamos por cosas que no tienen que ver con ellos.

Debemos pensar en términos de la heterogeneidad que presentan quienes integran estos distintos colectivos y no contemplar las diferencias individuales, ignorar la amplitud que implica el pasaje de la juventud a la adultez. La propuesta tiene que ver con pensar y reflexionar sobre la rigidez normativa que existe sobre este grupo etario, sobre las exigencias y expectativas que hay hacia los jóvenes por parte del mundo adulto y también cómo podemos incorporar las perspectivas, opiniones, representaciones y vivencias de los propios jóvenes. Muchas veces somos los adultos los que estamos generando ideas, investigaciones, muchas veces sin tomar qué piensan ellos sobre estas temáticas. Ahí hay también una frase de Bourdieu que dice que la juventud y la vejez no estarían dadas, sino que se construyen socialmente entre la lucha entre jóvenes y viejos.

Por último, brevemente, pasamos a lo que sucede entre adultos mayores y suicidio. En este caso, constituyen el grupo de edad que alcanza con mayor frecuencia la

expresión más grave de la conducta suicida que es la consumación del acto. Existen motivos multifactoriales de la conducta suicida en el adulto mayor, pero generalmente coexisten la soledad, el aislamiento social, la enfermedad somática, y la depresión. Ahí hay subrayado un aspecto relevante sobre el suicidio en la vejez, que es la intencionalidad de morir al realizar el acto. Existe una intención real de morir que en otros casos simplemente se trata de acabar con el sufrimiento que se está viviendo en determinado momento. Se destaca la utilización de métodos mortales. El 85 **%** de suicidios en varones es por ahorcamiento, armas de fuego y precipitación de lugares elevados, mientras que en mujeres mayormente se da por envenenamiento o ingesta de fármacos.

Como factores condicionantes para tener en cuenta podemos mencionar el ageísmo, el proceso de estereotipar y discriminar sistemáticamente a la gente por ser anciana, y tres fenómenos sociales: esto del abuelo ping pong, donde los hijos se turnan el cuidado de los ancianos; el efecto peregrinaje, hijos que se mueven de casa en casa entre los hijos, y la abuela esclava, que es quien asume el rol de cuidadora de varias generaciones. Otro factor condicionante es la institucionalización, que podría generar suicidios pasivos como la no ingesta alimenticia, de agua, rechazo a la medicación y también lo que implica la muerte social como la pérdida de residencia, el barrio, y los lazos que acompañan el estar de alguna manera inserto en la sociedad; también el aislamiento social, la falta de conexión social y la soledad. Ahí destacamos un punto: la soledad normativa versus la soledad crónica; en ocasiones uno quiere estar solo, pero cuando eso se vuelve crónico puede generar un problema.

La propuesta es incorporar la perspectiva, opinión, representaciones y vivencias de los propios adultos mayores y trabajar en mejorar las conexiones sociales, el sentido comunitario y de pertenencia de este grupo.

Después, quisimos traer esta gráfica que quizás apunte más a la reflexión. Esta es la gráfica de las muertes por suicidio, siniestros de tránsito y homicidios desde el 2002 al 2020, donde se puede ver que existe una baja en siniestros de tránsito y homicidios, no así en los suicidios. Estos tres tipos de muerte están catalogados dentro de las muertes externas. A partir de esto, queda preguntarnos qué se ha hecho en términos legislativos, leyes pensadas para poder disminuir los accidentes de tránsito, disminuir los homicidios y qué es lo que se ha hecho en relación al suicidio. ¿Por qué? Porque de alguna manera si estamos acá es para pensar eso. Los países que han avanzado en la prevención del suicidio o en mitigar las tasas es porque han pensado desde lo legislativo. Por ejemplo, en cuanto a los siniestros de tránsito, hoy en día hay legislaciones que implican prestaciones si tú te ves involucrado en un accidente de tránsito, entendiendo si eres víctima, si eres víctima también de un homicidio. Entonces, de alguna manera, tenemos que pensar eso teniendo en cuenta que el suicidio también genera víctimas. Ese es otro tema y otra línea que estamos empezando a investigar, que tiene que ver con la posvención y el rol de los supervivientes o los familiares de quienes se suicidan. Ellos son parte de un grupo y creemos que su rol puede contribuir a la prevención. De alguna manera, esto sirve para pensar qué pasa con las víctimas del suicidio.

Desde ahí empezamos a transitar cuáles son los obstáculos que empieza a encontrar el grupo con todo el bagaje de investigación. Se destaca la priorización del fenómeno dentro de las políticas nacionales, ya que es necesario dimensionarlo de forma integral -venía en línea con lo anterior-, que tenga apoyo financiero, recursos humanos, pensado desde lo normativo y lo legal.

También hay que pensar que el desconocimiento sobre el tema, los mitos y estigmas, invisibiliza el abordaje, el trabajo y el ponerlo en la agenda social y política.

Todos tenemos creencias, mitos y estigmas que nos atraviesan cuando nos dicen la palabra suicidio. Como decía Alicia, la falta de concientización y el procesamiento de datos deben ir más allá de lo epidemiológico; la falta de apoyo institucional y de intersectorialidad; las dificultades de la derivación y los tiempos de respuesta; la falta de formación que hay tanto en protocolos, técnicos, trabajo en red, coordinación, apoyo a la familia y referentes.

Nosotros pensamos que seguramente el personal sanitario está capacitado, pero el tema hay que sacarlo del personal sanitario porque todos podemos ser agentes relevantes para la prevención.

Hoy, el suicidio se enmarca en una serie de cambios socioculturales que son propios de la edad moderna, de la edad en la que estamos, y que también hay que incorporarlos a la hora de pensar la política pública. Hay ciertas instituciones que en su momento servían de mucho sostén para la sociedad como la familia, las escuelas, y también hay que pensar qué rol cumplen estas instituciones hoy en día. Transitar desde la percepción individual que existe hoy en día, en donde cada persona es responsable de sus logros y fracasos, también hace que el suicidio se dé como la falla de una persona, de una familia.

Otro obstáculo que encontramos tiene que ver con campañas de sensibilización sin impacto social. En la presentación figuran tres *link*, aunque no da el tiempo para poderlos mostrar. Por ejemplo. España creó un Ministerio de la Soledad para poder acompañar a personas o adultos mayores en el tránsito de este proceso. Hay campañas de un grupo de Inglaterra -que han sido bastante conocidas en este último tiempo- denominado CALM, y en una de ellas muestran la última foto en distintos lugares. Lo mismo se hizo en el Proyecto 84: se colocaron estatuas de personas de estatura normal en un edificio alto de manera que se vieran de arriba y de abajo a efectos de reflexionar un poco sobre esto.

El estigma relacionado con el suicidio es un obstáculo que tenemos en distintos países; es lo que impide que las personas pidan ayuda y también oficia de barrera para el acceso a los servicios de salud y para la escucha activa

Consideramos que altos niveles de estigma pueden afectar la adecuada notificación y registro de las conductas suicidas con consecuencias para la salud pública.

Aquí figuran posibles líneas de comprensión como un resumen de lo que veníamos diciendo; voy a leer lo que está en rojo.

Las estrategias de prevención tienen que ser selectivas y sostenidas en el tiempo.

Hasta la fecha, no existe integralidad en la prevención de la conducta suicida que involucre a todos los sectores y a todos los agentes implicados en su prevención.

Es necesario promover conductas saludables que incorporen la gestión de las emociones en la educación para la salud y para la vida -quizás esto debería articularse desde el sistema escolar- e impulsar campañas de impacto social en términos comunicativos.

Creemos que hoy en día hay un potencial importante de los métodos cualitativos y mixtos para poder comprender este fenómeno que tradicionalmente ha estado dominado por los métodos cuantitativos. Por eso, en las investigaciones que hacemos en el grupo estamos tratando de hacer este *mix*, es decir, no solo salir del número, sino también ver el fenómeno desde lo cualitativo. La posvención en los afectados es muy importante para articular propuestas que sobrepasen el estigma. Los países que están avanzando en la prevención del suicidio han puesto la posvención como algo relevante. Se trata del

trabajo que ocurre después del suicidio; sale de la intervención terapéutica y se brinda en la comunidad como un agente relevante.

Es importante también poner foco en el papel del vínculo social y cultural en todo el ciclo de vida de los individuos de la sociedad.

La autopsia sicológica y sociológica aparece como nueva mirada posible al tema. Consideramos que se debe trascender, ampliar la mirada exclusivamente sanitaria sobre el entendimiento del fenómeno, y darle mayor visibilidad a la muerte y al proceso de duelo en la sociedad, aspectos que también están detrás del suicidio.

Los soportes y recursos son elementos que permiten superar el duelo por suicidio y no son solo materiales, también debemos tener en cuenta los que puede brindar la sociedad.

SEÑORA CANETTI (Alicia).- Me había olvidado de un aspecto innovador en la investigación en la que hemos entrado en los últimos años. Me refiero a lo que nosotros llamamos comunicación por dos vías; no lo mencionamos al principio, pero es importante. Por un lado, está lo que tiene que ver con la comunicación que las propias víctimas de suicidio hicieron como último acto de su vida cuando escribieron notas suicidas -de hecho, eso ha generado algunas tesis- y, por otro, lo que refiere a la comunicación a través de los medios de comunicación -desde los medios de prensa hasta el uso de las redes sociales-, que juegan un papel cada vez más relevante como vehículo de relacionamiento social y de instalación de representaciones sociales y a veces contribuyen a consolidar determinadas representaciones. Estos son dos ámbitos que estamos investigando. De hecho, hicimos un trabajo, un estudio comparativo sobre el comportamiento de los medios de prensa durante momentos pico de suicidio en el país; los medios de comunicación son lo que se llama *guykeeper*, un actor relevante en cuanto a la política de prevención de suicidio, ya sea para bien o para mal, porque puede contribuir a aumentarlo o a reducirlo.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- En primer lugar, quiero felicitarlas por la exposición sobre un tema que realmente nos preocupa desde hace muchísimo tiempo; estamos hablando de la primera causa de muerte violenta en el Uruguay.

Cada vez que hemos conversado sobre este tema con expertos, con estudiosos como ustedes, vemos que la tienen muy clara.

Hemos leído con atención y compartimos el análisis y el estudio que hacen. Esto se viene haciendo desde hace muchísimos años; es más: me atrevería a decir que hubo políticas de Estado acompañadas por todos los partidos desde que se empezó con la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio y los resultados, lamentablemente, han empeorado. Se han aplicado políticas de Estado, por ejemplo, ante una problemática como los accidentes de tránsito. Había seiscientas ochenta, setecientas muertes por año por accidentes de tránsito, y el país en su conjunto dijo: "Paremos". Se empezaron a tomar medidas legislativas y gubernamentales a nivel de la sociedad y de medios de comunicación y hoy bajamos esas muertes entre un 30 **%** y un 40 **%**. Pero, lamentablemente, en este tema no sucede así.

Es obvio que debe ser extremadamente complejo actuar sobre la psiquis de una persona. No soy experto en la materia, y por eso pregunto si hay un análisis de la historia de cada paciente para saber qué lo llevó al suicidio. Quiero creer que debe haber una historia de cada paciente para analizar y sacar conclusiones.

Las felicito; sé que es un trabajo duro y de largo aliento. El que pretenda ver resultados a corto y mediano plazo en esto, se equivoca. Si se toman en cuenta algunas de las recomendaciones que ustedes están haciendo, seguramente en cinco, seis o siete años vamos a empezar a disminuir esta pendiente que va en aumento.

La pregunta que yo hago a cada experto cuando viene es la siguiente. Desde su óptica, ¿cuál es el problema que hay acá? Voluntad política hay -o no, habrá que escucharlos- de resolver esta situación en la que ochocientas personas se suicidan por año. Tiene que haber una decisión política firme. Entonces, ¿qué medidas podemos tomar? ¿En qué podemos contribuir? Entiendo que solamente haciendo leyes -que son una herramienta, un complemento- no vamos a bajar los suicidios.

En una de las diapositivas nos mostraban los obstáculos que existen -me imagino que debe haber muchos más-, y me gustaría que me dijeran los tres o cuatro que ustedes ven, porque cada vez que analizamos el tema vemos que hay diagnósticos perfectos sobre qué hacer, pero el suicido va en aumento año a año, y eso lo vemos cada vez que conmemoramos el Día Nacional para la prevención del suicidio.

Las felicito nuevamente porque sé que este es un trabajo muy complejo; necesitamos gente como ustedes que aporte conocimiento en este tema.

Es cuanto quería decir.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Siempre que escucho a quienes integran este ámbito, veo que la Universidad de la República considera este tema con seriedad y con el abordaje que debe tener desde el punto de vista interdisciplinario y desde la dimensión social, no solamente biologicista o, quizás, desde una mirada de salud pública atravesada por las determinantes sociales.

En 2004 se crea el primer decreto. Coincido con que es importante que hoy estemos acá reunidos, ya que fue un acuerdo de todos los integrantes de la Comisión comenzar a estudiar este tema y ver si no debería, por la magnitud que tiene, contar con un marco legislativo que después se haga realidad en una política pública.

La Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio se crea en 2004, con la integración que tiene. El primer plan se crea con una mirada 2011- 2015; luego, 2016- 2020. Ahora, el Ministerio de Salud Pública publicó la Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio 2021- 2025 en conjunto con los ministerios de Desarrollo Social, del Interior y de Educación y Cultura. No obstante, creo que nos estaría faltando una estrategia nacional hacia la comprensión y prevención, con acciones, con metas, y una asignación presupuestal. Primero debe tener un diseño estratégico, no como los planes que a veces tienen acciones aisladas o intersectoriales muy vinculadas a la voluntad política del momento.

Este tema -como dijo Lucía, la presidenta de la Comisión, al inicio de la reunión- recoge la voluntad e iniciativa de otros legisladores; quienes estamos acá debemos ponernos a trabajar para lograr una política de Estado por la dimensión que ya sabemos que tiene en nuestro país.

Mariela hizo la presentación con su formación desde la demografía, y vemos que estamos por arriba de la tasa del año 2002, con cifras en aumento realmente preocupantes. Si bien la cifra más grande se da en la población de adultos mayores con todas las condiciones que ustedes explicaron, también nos preocupa, como a nivel mundial, la que se da en los jóvenes, sobre todo entre quince y veintinueve años.

Este tema tiene muchas aristas y requiere que escuchemos a quienes saben -como decía Luis-, a quienes tienen que guiarnos por dónde ir con la evidencia, porque no se

puede construir una política pública que no esté basada en la investigación académica, que tiene que diseñarla. Creo que tenemos que ir a un marco normativo para trascender la idea de los planes; tenemos que ir hacia una estrategia nacional porque este tema tiene múltiples dimensiones, y lo social es lo más importante. Realmente, hoy para nuestro país este es un problema muy grave.

Como decía Lucía al principio, la idea es conformar un grupo de trabajo para ver hacia dónde ir entre todos los que integramos esta Comisión, que somos de diferentes partidos políticos pero tenemos la clara convicción de que este es un problema grave que tiene el país.

Les agradezco que hayan venido.

SEÑOR REPRESENTANTE DE MATTOS (Alfredo).- Quiero felicitar a la profesora, a la licenciada y a la psicóloga que han hecho una presentación muy ilustrativa.

Quienes integramos la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del Parlamento estamos de acuerdo con lo que ustedes plantean, y veremos qué podemos hacer para apoyar una política que disminuya el suicidio.

Si bien hay algunos suicidios que tienen explicación y prevención, hay otros que no. Yo trabajo como médico y me ha tocado rescatar a algunos suicidas. Ellos nos dicen que no saben por qué les vino la orden de quitarse la vida, y aparentemente no tenían un problema visible; fallaron en el intento porque la familia se dio cuenta de que se iban a suicidar. He tenido dos o tres casos así. Les pregunté, porque teníamos amistad, por qué se querían suicidar, por qué lo intentaron, y me dijeron: "Me desperté y me dio esa idea", "Me quise colgar". Eso no lo puedo entender; soy cirujano y esa parte es difícil para mí.

Esto es muy importante; de mi parte y de parte de la Comisión quedamos a las órdenes para lograr una campaña que realmente sea eficaz.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tengo cinco preguntas.

Ustedes mencionaban la característica de intersectorialidad, interdisciplinariedad y perspectiva regional o internacional y, en ese sentido, les quería preguntar si eso establece tener algún otro tipo de vínculo o relacionamiento, además de con ASSE, con otro organismo público, particularmente, con el Ministerio de Salud Pública. Si así fuera, me gustaría saber si es sistemático.

Por otro lado, quisiera saber si tuvieron algún tipo de participación o fueron consultados o considerados en esa campaña que fue tan controversial. Particularmente, en este último momento el Ministerio tomó una medida que creo es pertinente porque se necesitan sistemas de registros robustos, como ustedes también lo mencionaban. Creo que la medida que se tomó -todavía no nos llegó oficialmente, pero me imagino que todos la conocemos- con este decreto que establece el registro de los intentos de autoeliminación es importante. Quisiera saber si ustedes lo acompañaron o tienen una valoración al respecto.

Como tercer punto, me gustaría saber si hay una lupa puesta en lo vinculado a la prevalencia por territorio, por región. Me imagino que ustedes tienen esto también afinado por departamento, y que debe haber determinantes ambientales o territoriales, porque se trata de regiones que tienen características específicas.

Cuarto, quisiera saber si respecto de algunos planteos que ustedes entienden como líneas de actuación ya tienen un costeo estimado o, por lo menos, alguna proyección de costeo de las que se van a llevar adelante.

Respecto del grupo, en aras de esta interdisciplinariedad, quisiera saber si el financiamiento es absolutamente de la Universidad de la República.

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Antes que nada, quiero darles la bienvenida. Sin duda, este es un tema que nos preocupa y del que nos hemos ocupado.

Soy representante del departamento de Colonia, y no les voy a decir a ustedes cuál es la problemática que tenemos allí.

Lamentablemente, me ha tocado vivir este tema no con familiares, pero sí con amistades. Vivimos en comunidades chicas, de diez o quince mil habitantes, en las que todos nos conocemos, y esta situación nos ha pasado con vecinos, conocidos, compañeros de escuela y hasta personas de nuestra amistad.

El señor diputado Gallo, si no escuché mal, en algún momento de la reunión dijo que había voluntad política. Yo creo que hay preocupación política. El sistema político no ha tenido la voluntad política de encarar este tema, como sí lo ha hecho con otros; por ejemplo, destaco lo que hizo el doctor Tabaré Vázquez con el combate al tabaquismo. En su momento, también se quiso abordar los accidentes de tránsito; llegamos a tener un promedio de cuatrocientos fallecidos por año. Ahora estamos hablando de alrededor de setecientos -casi el doble-, y el problema no está realmente visibilizado.

En los primeros días de enero me reuní con la directora departamental de Salud de Colonia para plantearle cuatro temas con el fin de abordar también una política departamental: la prevención del consumo abusivo de alcohol, las adicciones a las drogas, la prevención del suicidio -que me preocupa mucho en Colonia- y la prevención del *bullying,* que en un 20 **%** está asociado al suicidio adolescente; ese es otro de los temas que tampoco es visible en nuestro país y afecta a tres de cada diez niños, niñas y adolescentes, con las consecuencias que tiene en el 19 **%** de los suicidios.

En esta Comisión, más allá de algún proyecto en el que los miembros hemos tenido posturas dispares, la mayor parte de los representantes de todos los partidos hemos trabajado en forma conjunta. Sería muy importante que conjuntamente con ellos y con otros actores vinculados al tema empecemos a dar al sistema político la señal de que todos los partidos podemos y debemos trabajar en la búsqueda de soluciones. Me parece que esta Comisión perfectamente puede hacer "punta", en el buen sentido, en este tema. Sería bueno tener el apoyo de Presidencia y, si el tiempo alcanza, hacer algún conversatorio. Esas son cosas que generalmente se hacen, pero es bueno dar la señal de que hay una Comisión en el Parlamento, integrada por todos los partidos, que está trabajando en la búsqueda de soluciones.

Quería preguntarles si tienen algún costo, si saben qué presupuesto se necesita en las etapas iniciales.

También quisiera saber -no para difundir- si tienen determinado en cada departamento cuál es el disparador común o mayoritario.

Por otro lado, tengo una consulta técnica. Conozco familias con perfiles suicidas en las que hay muchos integrantes de distintas generaciones que se han suicidado. ¿Hay algo que determine eso? En el departamento de Colonia sucede mucho. Hay determinadas familias que tienen esa tendencia y, lamentablemente, en diversas generaciones siempre hay algún integrante que se termina suicidando. Aprovecho que son todos expertos y saben mucho para plantear esta duda que tengo desde hace mucho tiempo.

Reitero: las felicito por el trabajo. Este es un tema que a todos, en forma unánime, nos preocupa. Tenemos que llegar al punto de madurez donde todo el sistema político

realmente tenga no solo la preocupación, sino la voluntad necesaria. Nosotros estamos todos preocupados, pero tenemos que dar el paso siguiente para hacer una política de Estado en este tema, ya que este problema existe hace muchos años; han pasado gobiernos de todos los colores y no hemos logrado encarar una política a nivel nacional.

Les agradezco por el trabajo, y por si pueden responder alguna de mis inquietudes.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Como sé que tomaron nota y no va alcanzar el tiempo para contestar algunas preguntas que considero que son muy importantes, quiero decirles que las pueden enviar por escrito; serán un insumo muy importante para la Comisión.

SEÑORA PRESIDENTA.- También pueden dejar la presentación.

SEÑORA CANETTI (Alicia).- Con respecto al tema de la voluntad política, con el que se inició este intercambio de preguntas y comentarios por parte de los señores diputados, quiero decir que en parte compartimos algunas de las cuestiones con las que se amplió la perspectiva. A mí me ha tocado -ya voy contestando algunas preguntas-, como docente de la Facultad de Medicina -no como integrante del grupo, sino por decisión de la Facultad-, participar desde los inicios en lo que fue -porque ya no existe- la Comisión Asesora de la Comisión Honoraria de Prevención del Suicidio, establecida por decreto -o tal vez sea una ordenanza- en 2004, que recién empezó a funcionar en 2012. Nosotros empezamos en el 2012 o 2013 y, por tanto, he visto de alguna manera el desarrollo de la política pública. Uno tiene la percepción de la voluntad política que hay detrás del discurso que está escrito en una normativa. La percepción -y esto es compartido por el grupo- es que, precisamente, lo que ha faltado es voluntad política. Es decir, no hay una voluntad; lo que sí ha habido es una voluntad compartida de tomar el tema. Hasta donde recuerdo, la única ley que existe es la de creación del Día Nacional para la Prevención del Suicidio; el resto son ordenanzas o decretos ministeriales.

SEÑORA PRESIDENTA.- La que se aprobó el año pasado.

SEÑORA CANETTI (Alicia).- Esa es la última, porque son dos. Esta es más restrictiva; la otra era más genérica, más integral, pero no ha habido una política pública. Yo tengo la ventaja de tener a un politólogo como esposo y, por lo tanto, a pesar de ser médica he tenido que profundizar. Además, en el grupo hay sociólogos. Toda política pública, para ser exitosa, además de tener un plan y un diagnóstico previo sostenido en evidencia debe tener una normativa y un financiamiento. En todo este período no hemos visto una política pública como tal, definida en esos términos. De hecho, junto con otros compañeros integrantes de la Comisión Nacional Honoraria -representantes de los Ministerios que integran la Comisión Nacional-, a la hora de discutir la estrategia en el período pasado, pusimos como primer punto para poder definir un plan nacional de prevención del suicidio estas características que debe tener toda política pública: sostenida en normativas y con un financiamiento que en ese momento nosotros equiparábamos -como comentaba la diputada Reisch- al abordaje del problema de las drogas. Tenemos una Secretaría, un plan nacional, una Junta Nacional de Drogas, y en la prevención de siniestros de tránsito tenemos a Unasev. Entendíamos que, de alguna manera, pensar en una voluntad política y en una política pública de prevención del suicidio con carácter integral intersectorial requería como punto de partida algo paralelo o similar a esa perspectiva de política de Estado en todos sus términos, y hemos sido muy defensores de eso. Esa perspectiva resume todos los planteos que hemos hecho. Cuando hablamos de intersectorialidad, interdisciplinariedad, integralidad, participación ciudadana, apertura del tema, desestigmatización, etcétera, lo pensamos en el marco de estas concepciones de política.

Con respecto al análisis paciente por paciente, voy a repetirlo rápidamente. En nuestro país hay estudios hechos por investigadores del sector salud con mucha perspectiva epidemiológica -no integral, no con una perspectiva psicosocial- y cuantitativa; son análisis de casos de pacientes que han tenido intentos de suicidio. Acá no hemos hablado mucho del intento; algunos le encuentran ciertos matices con respecto a lo que es el suicidio, pero ha habido teorías que diferencian a ambos grupos de población. No siempre son los mismos factores los que influyen en una y otra cosa. Hay trabajos y estudios de corte de población que, de alguna manera, han identificado a estos factores epidemiológicos; son básicamente los mismos que están resumidos en todos los trabajos.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Tengo una cifra que me interesaría corroborar. Según los últimos datos de un relevamiento que encontré de la OMS, los intentos de autoeliminación eran entre diez y veinte veces más. En nuestro país eso representa entre siete mil y catorce mil personas. ¿Eso es así? ¿La evidencia sigue siendo así?

SEÑORA CANETTI (Alicia).- La evidencia sigue siendo así. Se calcula que serían unos veinte. Hay muchos trabajos que dicen que eso es insuficiente, porque los intentos de suicidio son muchos más de veinte. Lo que pasa es que hay mucho intento de suicido que no se conoce, que queda en la casa. Nos ha pasado que preguntamos en una consulta médica los antecedentes y sale el tema de: "Yo intenté", pero eso no quedó registrado en ningún lado; o sea que tenemos intentos de suicidio como la punta de la pirámide. El intento muchas veces queda solapado; por eso, algunos investigadores calculan que son más de veinte. Sin embargo, la cifra que internacionalmente se acepta, que está consensuada, es de más o menos veinte o más intentos por cada suicidio. En el país no hay estimaciones porque, curiosamente -ya contesto otra pregunta-, hubo datos de intentos de suicidio hasta que se instaló el FRO (Formulario de Registro Obligatorio del Intento de Autoeliminación). A partir de ahí, hubo un problema en el registro. No se publicaron más datos, y ese es un problema que tenemos como grupo de investigación. De hecho, uno de los grandes problemas del registro -aunque ahora el Ministerio, además de tener la idea de incorporarlos a la historia clínica, contrató gente para sistematizar la información previa- es que tiene muchas fallas. No se registra de manera correcta. Tiene fallas en quiénes registran, porque no todos registran, y en la calidad del registro. Los datos son sumamente caóticos. Si bien hay indicadores precisos de cómo registrar, las instituciones no terminan registrando con esos códigos, sino que de pronto usan códigos diferentes. Entonces, sistematizar esa información ha sido muy difícil, tanto para el Ministerio como para nosotros, que hemos tratado, ya que en algún momento accedimos a los datos; fue muy difícil. Paradojalmente, ese sigue siendo un problema.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- En el GeoSalud, que debería ser un lugar específico para registrar los intentos de autoeliminación -en forma obligatoria o no, aunque en este caso es obligatorio-, ¿no se están registrando?

En GeoSalud yo veo al paciente, empiezo a preguntar y a llenar el formulario, y si no lo lleno, no me permite seguir. ¿A qué se refiere cuando dice que hay dificultades?

SEÑORA CANETTI (Alicia).- Obviamente, la gente del Ministerio de Salud Pública puede contestar mejor esta pregunta, porque son los responsables. Nosotros, que hemos estado trabajando con estos datos y siguiéndolos de cerca, podemos decir que el registro FRO hasta hace muy poco tiempo se hacía en papel; las propias instituciones sistematizaban esa información y la enviaban al Ministerio de Salud Pública. Por lo que sabemos, la parte de estadística ni siquiera quería saber del tema porque sistematizar e interpretar esos datos era como imposible; a nosotros nos pasó lo mismo. Lo que sí

sabemos es que ahora hay un intento de incorporarlo a la historia clínica, pero no sé en qué está eso, no tenemos la información.

Una cosa que olvidé mencionar es que esa comisión asesora hace más o menos un año se transformó en una comisión de expertos a la que fuimos invitados. Con esto ya estoy contestando cuáles son los vínculos con otras instituciones. Tenemos vínculo con el Ministerio, pero era mucho más sistemático hasta el 2019. Desde el 2020 hasta ahora nos han citado a esta comisión de expertos, pero las reuniones han sido muy esporádicas. De hecho, a fines del año pasado estuvimos trabajando muy activamente. Hicimos informes; hubo muchas propuestas desde distintos grupos. Se supone que el Ministerio tomó esos informes y ha ido avanzando, pero el contacto con nosotros y con todo el grupo de expertos es esporádico.

Con respecto a la campaña que el INJU tomó en sus manos, hemos tenido contacto y hemos estado involucrados. De hecho, nuestro grupo fue convocado como piloto el año pasado para hacer una experiencia de talleres a nivel nacional con jóvenes y adultos referentes de los jóvenes. Fueron dos instancias separadas porque, en general, eran jornadas en la mañana con jóvenes y en la tarde con adultos referentes que estuvieron a cargo de nuestro grupo; estuvimos en varios departamentos de nuestro país. En cambio, en lo que tiene que ver con la campaña en sí, fuimos informados e invitados a participar ya cuando estaba todo armado. No sabíamos, y nos invitaron a participar con toda la información, ya con todo el plan armado. Sabemos que ahí hubo un asesoramiento de Unicef -no fue de la Universidad- y de algún equipo técnico contratado al respecto.

Con relación a las regiones, a los datos regionales, alguna cosa podemos decir muy rápidamente.

SEÑORA BARRIA (Catalina).- Quiero insistir en algo que también habíamos mencionado. Para pensar en una estrategia nacional, un plan nacional, también hay que atender las particularidades de cada región en lo que tiene que ver con el sistema económico, la matriz productiva, qué es lo que pasa a nivel cultural cuando se mueve la matriz productiva y no pensarlo desde lo que pasa hoy; hay que tomar un histórico que pueda darnos elementos distintos a los que ya tenemos. Por ejemplo, en el este tenemos las tasas más altas. A veces nos quedamos con el número y estigmatizamos a una región que tiene características particulares que hay que pensarlas para poder entender por qué pasa en tales o cuales lugares.

En lo que tiene que ver con la familia, no existe un gen suicida; no hay evidencia de que exista. Lo que sí puede existir son patrones de comportamiento que puedan ser repetitivos a lo largo de las generaciones. También me gustaría agregar…

(Interrupciones)

——Volviendo al estigma, si no hablamos de este tema es difícil pensar que a nivel familiar, de familias particulares, pueda haber estas características, y es difícil afrontarlo porque, de alguna manera, no se habla, se oculta. A veces escuchamos cosas como -esto lo escuché el fin de semana-: "Me enteré de que mi abuelo se había suicidado hace dos años. Tengo treinta y nunca lo supe. Y que una tía, también." Alicia puede complementar esto, pero también hay que pensarlo desde esa lógica.

SEÑORA CANETTI (Alicia).- Creo que hay un componente hereditario, un componente genético, pero la característica de esa transmisión genética es multifactorial. Para que se exprese, se necesitan todos estos otros componentes sicosocioculturales que transformen esa información en una expresión de conducta suicida o de suicidalidad. No importa tener esa carga genética si no están estos otros factores que, de alguna manera, contribuyen. Eso en parte explica que este comportamiento se dé en algunas

familias. Siempre tenemos dificultad -para eso hay estudios especiales, con gemelos, monocigotos, cigotos- para saber cuánto corre por parte de esa carga genética y cuánto por parte de todo lo ambiental.

Entonces, uno diría que solo con lo genético no es suficiente.

(Interrupción de la señora representante Nibia Reisch)

——Lo genético tiene importancia y lo ambiental todo lo que tiene que ver con el tema de la integración social, el desarrollo individual, la adquisición de recursos personales para afrontar la vida y las adversidades, que tiene, además, un componente ambiental importante: las personas construyen su personalidad no solo con lo que tienen, sino también con lo que reciben. Entonces, esto tiene que ver también con cuánta tolerancia a la frustración tiene una persona, con cuán integrada socialmente está, sus vínculos laborales, sus vínculos educativos, sociales; todo eso se congrega.

También hay mucho estudio sobre la genética, porque una cosa interesante que sabemos -sobre esto hay toda una línea de investigación que el Grupo no la tiene, pero está- es de cómo lo ambiental termina impactando en lo genético, lo que se llama la epigenética. Hoy sabemos que el maltrato en etapas tempranas de la vida es capaz de impactar en la forma en que se expresan los genes y, por lo tanto, es capaz de modificar incluso esa expresión genética.

Obviamente, acá faltan integrantes del Grupo, pero no tenemos una estimación de cuánto significaría caminar hacia un plan integral de estas dimensiones.

SEÑORA PRESIDENTA.- Secretaría va a remitir la versión taquigráfica al Grupo. En todo caso, sería importante que a partir de su lectura, si los integrantes identificaran algunas preguntas que se hayan formulado, puedan mandar las respuestas o los aportes por escrito.

Lo mismo la presentación, sería importante facilitarla a Secretaría para que la distribuya entre los miembros de la Comisión.

Seguramente tengamos en un tiempo prudencial la posibilidad de contactarlos nuevamente a efectos de ver cómo encarar una línea de trabajo en este sentido desde el Parlamento.

Agradecemos mucho su presencia.

Enviaremos la versión taquigráfica y esperamos sus aportes.

(Se retira de sala el Grupo de Comprensión, Prevención de Conducta Suicida de la Universidad de la República)

(Ingresan a sala representantes de la Sociedad de Medicina Rural del Uruguay, Someruy)

——Agradecemos la visita de la Sociedad de Medicina Rural del Uruguay, (Someruy). Nos disculpamos por la demora; el inicio de la reunión se retrasó.

La Comisión tiene el agrado de recibir a la presidenta de la Sociedad, doctora Claudia Conde, y a las doctoras Mónica Segade y Alicia Panizza.

Agradecemos muchísimo que estén acá; sabemos que se tienen que trasladar bastante. Además es un día de trabajo y seguramente la población que requiere de ustedes no debe estar muy contenta de que las hayamos sacado.

Nos pareció muy importante recibir los planteos de la Sociedad; hace bastante tiempo que estaba pendiente este encuentro.

Ha habido iniciativas legislativas en el sentido de fortalecer -no conocemos la valoración de la Sociedad-, pero sobre todo nos interesa conocer de primera mano cuál es la situación y las necesidades de la medicina rural para que podamos avanzar, ojalá con acuerdo del sistema político.

Reiterando las disculpas, las escuchamos con mucho gusto.

SEÑORA PANIZZA (Alicia).- Soy de Mariscala, Lavalleja

Pertenezco a la Sociedad de Medicina Rural del Uruguay, pero estoy jubilada. No obstante, estoy siempre apoyando a la ruralidad.

SEÑORA CONDE (Claudia).- Soy de La Charqueada, departamento de Treinta y Tres. Soy médico rural de la localidad hace treinta años.

SEÑORA SEGADE (Mónica).- Trabajo en Zapicán, población rural de Lavalleja. Me estoy comenzando a instruir con mis compañeras.

Desde 2007 formo parte de Someruy y actualmente soy su secretaria.

SEÑORA CONDE (Claudia).- Integramos la Sociedad de Medicina Rural del Uruguay, que nació hace más de veinte años a instancias de compañeros que viviendo en la ruralidad se sentían solos, aislados y comenzaron a juntarse para darse cuenta de que vivían la misma felicidad, carencias y soledad, que era lo peor de todo.

Como se sabe, a nivel mundial el 20 **%** de la población vive en el medio rural, lo que se replica en nuestro país. Si bien han bajado los números, más de 450.000 uruguayos viven en la ruralidad. La cantidad de médicos también se ha reducido en estos años en más de un 30 **%**, por distintos motivos, pero quienes quedamos seguimos apostando a brindar la atención en salud que merecen los usuarios.

En ASSE el 70 **%** de los usuarios están en el interior del país. Sin embargo, se destina menos de la mitad de los recursos. En Montevideo tenemos 74 médicos cada 10.000 habitantes; en el interior baja la cifra a 24 médicos por cada 10.000 habitantes, y eso es aún peor al norte del río Negro donde solo hay un 7 **%** de los médicos radicados, en la ciudad y en la ruralidad. Solo el 30 **%** de los médicos que hay en el país actualmente residen en el en el interior, y estamos hablando tanto de médicos generales como de especialistas, que es otro capítulo aparte, porque la demanda de especialistas es tremenda y son pocos los que concurren.

Por ejemplo, en mi localidad yo tenía servicio odontológico; la silla odontológica se rompió hace más de seis años, y nunca la repusieron. El odontólogo semanal hacía toda la parte de la curación, pero además, trabajaba con el CAIF, con la escuela y con el liceo, y se estaba haciendo el seguimiento, el cuidado y la prevención. Todo eso se perdió porque nunca más se repuso la silla odontológica; el cargo también se perdió. En las metas que tenemos que cumplir en el Sistema Nacional Integrado de Salud, en la atención de pediatría -que también la hacemos los médicos rurales- los niños, por ejemplo, tienen un control oftalmológico antes de los cinco años y, otro, a los doce. En mi localidad -sé que se replica en muchas más- hace más de un año que no nos dan una cita para un control de ninguno de los niños que concurren a las consultas.Hablo de odontología por poner un ejemplo. En el acceso a estudios y a otras cosas también pasa lo mismo.

ASSE, como mayor prestador de servicios de salud, también incumple al no proveer el servicio de guardias de emergencia para más de 100.000 uruguayos que viven en la ruralidad, sobre todo en los pueblos de menos de 5.000 habitantes. Entonces, todo esto nos lleva a plantear las inequidades que tiene la población rural para acceder a la salud.

Estamos viendo con mucha alegría, con mucho beneplácito, en la tele, que se abran policlínicas, que se renuevan policlínicas, que se llevan ambulancias, pero no vemos que se piense llevar enfermeros, médicos, choferes o simplemente apoyarlos para que se queden viviendo en esas localidades. Uno de los factores que, por supuesto, importa mucho es el salario a percibir. Una enfermera rural que tiene una guardia retén de doce horas percibe la suma de $ 7.600, que da un promedio de $ 43 la hora; los médicos que percibimos por la guardia retén -porque no todos la perciben- cobramos $ 45 la hora. Y nosotros no somos médicos que tengamos que estar de guardia; nosotros somos médicos de guardia, los que vivimos en las localidades, que hacemos policlínica, que es la diferencia que tenemos y que no hemos logrado que nos reconozcan. Nosotros siempre estamos de guardia; nos pagan por cuatro horas de policlínica y el resto por guardia retén. Nosotros siempre estamos de guardia, porque no se le puede decir a un paciente que tuvo un accidente "No, tengo policlínica. Tengo que atender. Espera la guardia retén".

Tengo un compañero -siempre recalco que al norte del río Negro es peor, por distancia y porque hay pocos médicos- a quien actualmente le pagan por cuatro horas de policlínica -vive en la localidad, y como también trabaja para el sistema mutual, se queda: trabaja diez días, descansa dos; trabaja doce días, descansa cuatro- y ASSE le paga solo por cuatro horas de policlínica; el resto del tiempo lo trabaja gratis para ASSE. La compañera Mónica Segade trabaja de lunes a viernes; sábado y domingo descansa, pero como no hay otro médico, sigue trabajando sábado y domingo en la localidad en la que vive.

Son muchas quejas, pero nosotros estamos amando la ruralidad. Vivimos ahí porque queremos, porque nos gusta y porque es una opción de vida, no por descarte. De hecho, tengo treinta años de trabajo. Alicia vivió treinta años en Mariscala. Conozco compañeros de Salto que hace veinticinco o treinta años que están trabajando, en Artigas también, y una de las cosas que destacamos en las reuniones anuales que hacemos y en las pequeñas puestas al día regionales es que reafirmamos nuestra identidad de rurales, porque nos gusta vivir en la ruralidad. A pesar de carencias y todo lo demás, es una opción de vida y nos gusta.

Además de todo esto, estamos peleando por una diplomatura, porque creemos que hay gente que le va a gustar la idea y hay que llevarla adelante, porque no hay un posgrado de salud rural.

En general, el equipo de salud rural -choferes, enfermeras- estamos mal pagos y discriminados.

En 2017 se crearon los Cargos de Alta Dedicación Rural, y en conversaciones con el doctor Cipriani -con quien no se ha podido concretar una reunión, que fue pedida hace más de diez meses- se crearon los Cargos de Alta Dedicación Rural. Sabemos que hay recursos genuinos para eso, pero nunca los recursos -genuinos o no- llegaron a donde corresponde.

Seguramente este planteo haya que hacérselo al doctor Cipriani, pero la idea nuestra es lograr los apoyos para que esos recursos genuinos que están realmente se destinen a la ruralidad, porque no dan esos cargos de médico rural, de enfermera rural y de chofer, que somos el equipo base y, en general, somos los únicos tres que estamos trabajando en la localidad, viendo a los pacientes.

Somos cada vez menos lo que vivimos en la ruralidad, pero no dudo de que lo seguimos haciendo con el mayor afecto, responsabilidad y leal saber entender, para

atender a esa población rural dispersa que, en realidad, es la mayor mano de obra que tiene el país agrícolaganadero -como somos- y al cual tenemos que atender.

Entonces, el planteo es ese: lograr los apoyos para esos recursos. Esta vez no venimos a pedir recursos, que sabemos que hay: capaz que la próxima venimos a pedir, porque van a ser pocos.

SEÑORA SEGADE (Mónica).- La idea era acercarles nuestra realidad porque sabemos que desde las capitales de los departamentos, y a veces también desde Montevideo, quedamos como un poco invisibilizados, porque se dice: "Ah bueno, en el interior se trabaja mucho menos", "¿Allá? Tranquila. Está en la policlínica y después ya está", y no es así, porque es como que estamos, como bien lo decía Claudia, veinticuatro horas de guardia. Realmente, es como dice Claudia, que lo hacemos por elección, pero si viendo algunas cosas. Para los colegas más jóvenes, cuando se reciben, no es atractivo ir al medio rural, ni siquiera económicamente.

Entonces, por qué iría a Zapicán o a cualquier otro lugar rural, si acá en una ambulancia puedo llegar a sacar en dos semanas lo que sacaría allá en un mes. Entonces, ¿quién va a ir?

Esa es una realidad bien clara que tenemos y es una de las cosas que no permiten que el medio rural se siga poblando, más allá -estoy totalmente de acuerdo con Claudia, aun siendo más joven que ella- de que si no te gusta, no te vas, o, evidentemente, si no tenés arraigo, si no tenés familia o si simplemente no te gusta manejar esa población, porque nosotros tuvimos que cambiar mucho nuestros paradigmas de lo que aprendemos acá en Montevideo, bajarlo, tener la paciencia y la apertura mental para trabajar con un público que a veces no entiende, que exige, que quiere y que no entiende que tenemos horario de trabajo. Para ellos, vos seguís siendo el médico; tenés que seguir brindando el servicio.

Por eso Claudia dice que por ahí no es bien remunerado y estaría bien ponerle otra cara y otra visión, porque cada vez somos menos. Esto es lo que Someruy trae como planteo. Luego de que nuestros compañeros se jubilen, ¿quién quedará ahí? ¿Quién seguirá atendiendo? Médicos de paso, que nunca logran el objetivo de llevar adelante, como lo llevaron nuestros compañeros a esas poblaciones.

Hay que fortalecer estos servicios de alguna forma.

SEÑORA CONDE (Claudia).- A lo largo de los años se han planteado unos cuantos planes de salud rural -uno fue en 2011-, y después de hacerse un estudio, de preguntarle a la cooperativa de productores de dulce de membrillo, a la cooperativa de mujeres hiladoras de lana merino, por último, nos preguntaron a la Sociedad de Medicina Rural qué teníamos que aportar; simplemente, eran titulares, pues no participamos en ese plan de salud rural.

El año pasado, a petición del diputado Fratti, se presentó una instancia, en la que intervino la Facultad de Medicina, ASSE y las intendencias, en la que se acordó brindar al medio rural diez médicos con contrato por un año, con la casa a disposición, y tampoco se nos llamó a nosotros para preguntarnos. Eso ha sido un rotundo fracaso. Se presentaron ocho y todavía no se ha concretado. Una de las cosas que manejan es que les pagan $ 80.000 por estar todo el tiempo en la localidad -en la mano quedan $ 60.000- y es lo que decía Mónica: en dos semanas en una emergencia móvil acá en Montevideo lo hacen más que sobrados. Eso tampoco es un atractivo.

El tema -en realidad, es el objetivo- es que los pobladores del medio rural no están teniendo acceso a la salud, no están teniendo acceso a los programas de prevención.

Hay departamentos como Soriano, como Durazno, en los que ya no hay médicos rurales residiendo; se hace una ronda rural a la que va el médico, el odontólogo, la partera para hacer los PAP, las vacunadoras para vacunar, pero se hace una vez cada quince días o una vez al mes.

Entonces, eso sigue reafirmando la inequidad que existe en el acceso a la salud; cualquier urgencia o emergencia que tengan no va a terminar muy bien, porque habitualmente significa el desplazamiento hacia otro poblado, una ciudad, o a la capital departamental, con sus tiempos, y justamente lo que hacen va en detrimento de lo que uno puede hacer por el paciente.

SEÑORA SEGADE (Mónica).- Esto que dice Claudia es una realidad bien dura, porque muchas veces en las poblaciones pequeñas tenemos una ambulancia que funciona para dos poblaciones. A veces, esa ambulancia no está y nos ha pasado tener que llamar a ASSE en la madrugada. Personalmente, me ha pasado con una paciente de sesenta años, con un ACV, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, y al llamar a la Mesa de Apoyo de ASSE en Montevideo te dicen: "Bueno; resolvé con la Policía o con un vecino de al lado". Me parece que eso no habla de calidad. Ese paciente no está teniendo el mismo acceso que pudiera tener cualquier poblador de Montevideo o de cualquier capital departamental. Tú como médico rural sí quedás: "Lo que hizo la doctora o dejó de hacer", y seguimos atendiendo allí. Nosotros vamos a recibir las buenas cuando nos aplauden, pero las quejas también y a veces son duras. A veces no es porque tú no quieras, es porque no podés hacer más.

Entonces, esto que dice Claudia sobre el posgrado es algo que sí estamos tratando de pelear. Los médicos jóvenes para radicarse tienen que saber manejar la emergencia con pocos recursos y con mucha espalda. Después de unos años radicado vos decís: "Bueno; sé que voy a llamar a no sé quién del Hospital y seguro me va a brindar una ambulancia", pero no puede ser por el recurso personal que vos tenés y que generaste; tiene que ser porque eso tiene que estar protocolizado de alguna manera. Sucede lo mismo para coordinar una tomografía o por una resonancia.

Por eso es tan difícil ser médico rural y por eso es que queremos traerlo aquí: para visibilizar estas situaciones que tenemos. Ellos las habrán vivido un montón, yo hace apenas diez años, pero si lo elegimos es porque nos gusta. Ojalá pudiéramos seguir resolviendo o acercándonos con ustedes para que nos den el apoyo.

SEÑORA CONDE (Claudia).- El proyecto de los diez cargos para todo el interior consistía en un llamado a médicos de familia. Nosotros consideramos que los médicos de familia no están preparados para atender en el medio rural. El médico de familia está enfocado más bien en lo urbano, el médico rural es médico de familia y mucho más. Como dice Mónica tiene que estar muy bien preparado sobre todo en la parte de emergentología, porque si no salen corriendo al otro día; un parto, un paro, un accidente, hay que saber manejarlos desde el inicio. En las patologías hora dependiente es fundamental el traslado en las mejores condiciones y un médico de familia no está formado para eso. Por eso, nuestra diplomatura aspira sí a un médico de familia, pero que tenga las otras capacidades.

SEÑORA PANIZZA (Alicia).- Justamente, iba a decir lo que tú manifestaste: no tiene nada que ver el médico rural con el médico de familia. Lo que pasa es que no existe el posgrado de medicina rural. Existió cuando yo me recibí, fueron pocos los que se presentaron, y después de unos años dejó de existir. Es más, tenemos un solo compañero, que ya está jubilado, que fue el que lo hizo; nunca más existió el posgrado de medicina rural. Como decía la doctora Conde, el posgrado de medicina familiar es parte de la medicina rural, pero la medicina rural es algo más.

Voy a plantear mi caso personal. Yo fui nacida, criada en Montevideo; hice mi carrera y me fui a vivir a Mariscala, una población de aproximadamente 2.000 habitantes con la zona de influencia. Había hecho el posgrado de pediatría, que fue lo que me sirvió a mí para la atención primaria y la apliqué para todo. En el medio rural hay que enfrentarse a algo que no nos enseña la facultad, salvo que existiera un posgrado en el cual se preparara a la gente. Eso es lo que se precisa en muchísimos lados: el médico rural radicado, que a su vez -no sé si la palabra adecuada es enamorarse- le guste la profesión y esté dispuesto a arraigarse al medio, saber convivir con el resto de las personas, saber expresarse con el lenguaje de ellos, ya que muchas veces tienen un lenguaje que nosotros tenemos que diferenciar.

Yo aprendí muchísimas cosas fuera de mi profesión. Lo lindo del medio rural es que después uno conoce a todo el mundo y sabe cómo manejarse, teniendo muchísima responsabilidad, por supuesto. Pero está ese plus, eso de que no tenemos día ni hora para la atención. Mariscala queda sobre una ruta nacional, o sea que si uno tiene un accidente -yo estuve ocho años totalmente sola en la localidad- a las tres o a las cuatro de la mañana, a las ocho tiene que ir a la policlínica con buena cara, porque sigue existiendo lo mismo que está planificado. Lo mismo sucede con el equipo de salud; yo hablo como médico, pero también pasa con el equipo de salud. Por ejemplo, como ella decía, hay que destacar la importancia del chofer de la ambulancia. En algunos casos, en el traslado tenía 60 kilómetros hasta Minas; yo sé que la ruta es buena, pero son 60 kilómetros en una emergencia y a veces se puede ir con la enfermera sola, pero a veces tiene que ir el médico. Si se retrasó para entregar el paciente en el Hospital, tiene que volver a hacer su policlínica, ya que lo están esperando porque uno se retrasó en no empezar la policlínica en el horario adecuado.

Entonces, yo estuve muy conforme con mi profesión en esa localidad. Al final, pese a no ser médica rural pude ejercer y me encantó, pero es cansador, y más para una mujer, con la familia. Cuando yo llegué a ese pueblo había otro médico hombre y me acuerdo de sus palabras; en ese momento ya era mayor y falleció. Él me decía: "Usted que es mujer, llega a su casa y tiene a su esposo, a la familia y a veces la casa, porque los niños piden por la mamá". En palabras de él: "Yo llego a mi casa y tengo a mi señora que me tiene todo preparado", porque la señora no trabajaba. Esas cosas son importantes. Eso no quiere decir que uno no elige la profesión, porque le gusta y sabe que va a lidiar con todo eso. En mi caso, trabajé con un muy buen equipo de salud y ellos también lo hacían porque les gustaba, pero también es una realidad que no solo vivimos con lo que nos gusta.

Estamos dispuestos las veinticuatro horas, los 365 días del año. Entonces, no sé cuál es el mecanismo para atraer a la gente joven. Es importantísimo que se quiera radicar, porque se trabaja lindo; lo positivo es conocer a todo el mundo, saber con quién uno está tratando. No es lo mismo -como pienso que es acá en Montevideo- ser un número; allá es la persona, porque uno sabe hasta la parte social de esa persona, la parte económica, sabe si nos va a cumplir el tratamiento, si no lo va a cumplir, cómo va a vivir, cómo se va a desarrollar en su casa. A mí me sirvió muchísimo porque aprendí muchísimas cosas, pese a ser de una ciudad grande como es Montevideo.

Quería agregar eso: que hay una cantidad de cosas que llevan al médico rural, pero habría que buscar algo que atraiga a las nuevas generaciones y los haga quedarse. De primera podrá ser una persona, pero después capaz que va su familia. Entonces, tienen que tener un llamador para poder ejercer lo que a uno le gusta.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Primero, quiero saludarlas. Entendimos el problema.

Realmente tengo que felicitarlas. Yo soy médico, soy cirujano infantil, y nunca podría haber sido médico rural por la responsabilidad que conlleva. Uno está en lugares en donde tiene gente que recurre para consultar cuando no le sale algo. Me imagino lo que debe ser para un médico rural recién recibido irse a un lugar en el que apenas debe tener una enfermera con más experiencia, donde depende de la destreza de colocar una vía para poder salvar una vida. Me pongo en el lugar del médico recién recibido en la zona rural.

Creo que siempre hubo una confusión -siempre- en cuanto a que la medicina familiar es sinónimo de medicina rural; creo que es una equivocación que siempre se dio.

La medicina familiar es una entidad que el médico rural la debe saber como la tiene que saber el médico de Montevideo; la medicina de familia, la medicina comunitaria, preventiva, el conocer al paciente. Pero la medicina rural tiene otro componente, debe tener una formación específica para enfrentar situaciones que se resuelven de manera distinta a como se resuelven en un lugar con mayor cantidad de infraestructura.

Entonces, realmente quiero felicitarlas por el coraje de asumir que uno es médico rural, que trabajan y no lo hacen por dinero; si fuera por dinero, como decís tú, un par de guardias en emergencia en Montevideo equivalen a diez o quince días.

Obviamente, es de recibo el planteamiento económico que hacen, sin ningún tipo de dudas. Además hay una cosa que a mí me pasa en otro sentido: cuando nos conocen y vivimos en una ciudad chica, como puede ser en mí caso la ciudad de Canelones -una ciudad muy pequeña, en donde te conocen-, no saben si estás de guardia, si no estás de guardia, simplemente te toca y si sos un hombre público tenés que dar una asistencia mínima, por lo menos, llamar a alguien que lo vaya a atender. En el caso de ustedes, están las veinticuatro horas, porque la gente no entiende que tenés hijos, que tenés un cumpleaños. A la larga creo que la gente lo reconoce aunque de repente un día no los hayan encontrado o los hayan atendido con mala cara -no podés estar riéndote siempre- y el paciente rural, el paciente de campaña, tiene un temperamento distinto que el que puede tener el de la ciudad. Por eso, siempre admiré a aquellos doctores y doctoras que toman la decisión de internarse en el campo y atender en la zona rural. Realmente, las felicito.

Desde la Comisión obviamente estaremos atentos para llevar el planteamiento a las autoridades.

Me tengo que retirar porque también integro otra Comisión, que está reunida en este mismo momento, y viene la Junta Nacional de Drogas, por lo que pido disculpas.

SEÑORA PRESIDENTA.- En ese sentido, la diputada Reisch también se disculpa, pero tenía que asistir a la misma Comisión.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Agradezco que hayan venido hoy.

No me es ajena esta situación, ya que fui dos años subsecretaria del Ministerio de Salud Pública. Tengo clarísimo, desde que se creó la Asociación, en el año 2003, la responsabilidad que tienen y que siempre han presentado planes y propuestas como aquella del año 2010, 2011, que se había visto con expectativa y después, como no estaban dadas las coyunturas, no se concretó como un plan con la especificidad que debería tener.

Creo que así como el tema suicidio, que tratamos con la delegación anterior, hay temas que son estructurales del país y es hora de que nos pongamos de acuerdo, porque está demostrado que no todos los pudimos resolver. Hoy hay muchas experiencias y

lecciones aprendidas de quienes gobernamos antes, de quienes gobiernan ahora, que también gobernaron antes.

En cuanto al acceso a la medicina rural, me acuerdo cuando se crearon los cargos con funciones de alta dedicación, en 2017, que iba a ser una manera de favorecer la radicación de colegas jóvenes en el área rural o de tener una remuneración más adecuada para quienes hoy están al frente de esta tarea. En una de las rendiciones de cuentas, le habíamos preguntado al presidente de ASSE y creo que desde el año 2020 -desde que asumieron esta Administración- no se habían creado recursos destinados al primer nivel de atención ni al área rural. Desde el año 2017 al año 2020, creo que tampoco fueron consolidados los cargos con alta dedicación con la función específica.

Hoy, vinieron a ponernos al tanto de la situación. Desde acá nos podemos comprometer en ver qué acciones en concreto podemos tomar para ir abordando el tema, en tratar de buscar soluciones concretas, pero creo que hay algunos temas que nos exceden, a quienes gobiernan en este momento y a nosotros como legisladores, que escuchamos los planteos de la ciudadanía. Cada uno de los integrantes de esta Comisión tomamos lo que están planteando para ver qué podemos devolverles y qué podemos construir en conjunto para encontrar alguna solución concreta a algo que tiene larga data.

Muchas gracias.

SEÑOR REPRESENTANTE DE MATTOS (Alfredo).- En primer lugar, quiero agradecer a las integrantes de Someruy por haber concurrido. Con la doctora Conde hablamos alguna vez. Sabemos bien lo que es el médico del interior y el médico de la campaña; implica 24 por 7 por 365 días del año y la guardia es permanente. Si se muere un paciente te topás con los familiares en la calle y si sobrevive y anda bien también lo topás en la calle.

La gente, sobre todo de capital, pierde la noción de lo que es el médico del interior y más el médico que está radicado. Hace muy poco tiempo tuvimos consecuencias de una citación de la Comisión de ASSE por un accidente de una niña en Rivera, que se murió por un tumor mediastinal. Hoy, los médicos de Vichadero, que actuaron excelentemente bien, están sumariados. Los conozco personalmente, son gente de primer nivel, trabajaron con nosotros en Tacuarembó y hoy están sumariados ellos y ninguno de los demás. A mi criterio, se trató más bien de un hecho político para moverlos, si bien la niña llegó con un tumor mediastinal que no se pudo diagnosticar por ninguna vista exterior; era más que algún cuadro de broncoespasmo. Eso lo pagamos los que vivimos en campaña. Sabemos lo que es eso.

Felizmente, en las capitales de departamento hemos mejorado las cosas, tenemos bastantes especialistas, pero está pasando una cosa: los especialistas más nuevos ya no quieren ir más al interior. Una guardia de cirugía pediátrica en la capital se paga más de $ 20.000 por día, veinticuatro más lo que les toque hacer. En el interior todavía no se paga eso y, sin embargo, estamos siempre a la orden. Supongo que saben mi nombre; soy el diputado Alfredo de Mattos, también médico, y si precisan algo, les pido que recurran a mí o a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social. Además, me gustaría que me mantuvieran informado del éxito que tengan en las reuniones con el presidente de ASSE, doctor Cipriani, y con su Consejo Directivo, para ver qué mano les podemos dar y cómo los podemos ayudar; aprovechen este período en el que en esta Comisión hay médicos para que antes del 2025 podamos lograr algo para los residentes de la campaña

Felicito a la doctora, que es muy joven y reside en la campaña; realmente es una heroína. Eso los cansa; hay algunos médicos que trabajan en villas y quieren jubilarse porque no bancan más, pero no están en edad todavía.

Las felicito y, como dije, me pongo a sus órdenes; la Comisión va a estar dando una mano en lo que sea necesario.

SEÑORA PRESIDENTA.- Voy a hablar con total frontalidad.

A mí me parece que de izquierda, de centro o de derecha, los gobernantes son gobernantes; tienen responsabilidades con errores y con aciertos. Nosotros estuvimos quince años en el gobierno; muchas cosas pudimos hacer, otras las hicimos mal, y otras no pudimos. Eso no quita la responsabilidad de ser gobierno, y en ese marco quiero plantearlo, porque después siempre nos sacudimos las responsabilidades e inventamos cosas; no va.

Yo creo que en este caso en particular hay una iniciativa que se marcó en la rendición de cuentas, que con la mejor buena disposición fue negociada y acordada. El señor diputado Fratti lo conversó con el Directorio de ASSE; el Directorio de ASSE tuvo la buena disposición de poner recursos; se conversó con la Facultad de Medicina y con muchísimos intendentes, pero finalmente no se obtuvo respuesta, como lo están planteando ustedes. Entonces, habría que analizar cómo, eventualmente, podríamos direccionar esos recursos que están previstos hacia una respuesta. Obviamente, la plata no está en una bolsita, pero hay un compromiso asumido con el Parlamento, que es el que autoriza el destino de los recursos. Me parece que ahí hay un caminito a seguir.

Por otro lado, quiero decirles que vamos a hacer llegar esta versión taquigráfica no solamente a la Sociedad, sino también al Directorio de ASSE. Si ustedes hace diez meses están pidiendo una entrevista, creo que podemos empujar un poquito para que los puedan recibir. Independientemente de que lleguen a un acuerdo o no, es imprescindible que se dé.

Voy a dejar planteadas algunas preguntas a los efectos de que ustedes nos puedan hacer llegar las respuestas. Una tiene que ver con la diplomatura y la carrera de grado. Eso implica que la Facultad tiene que estar presente en una o en otra instancia.

En cuanto a la diplomatura, quisiera saber cuáles son las condiciones que ustedes entienden que deberían darse, si han avanzado ya con la Facultad de Medicina a esos efectos o si también en algún momento -como fue planteada la iniciativa del diputado Fratti- se planteó en el último año de residencia. No es lo mismo una diplomatura donde ya hay una definición, una proyección del ejercicio de esa disciplina, a que sea parte de la formación de grado. No necesariamente se dan las condiciones que ustedes están planteando de esa definición o proyecto de vida que tiene que ver con cada una de ustedes, con el que está estudiando, si forma parte de la carrera de grado. No sé si esto sirve, complica o no, o si hay que pensar que tiene que estar mucho antes en la formación de modo tal que el proceso de decidir vaya siendo también un proceso de internalización en el transcurso de la carrera. Lo dejo planteado como una opción. Quizás tengamos que tener un escenario de diálogo también con las autoridades de la Universidad de la República, más allá de la situación en la que se está hoy.

Por otro lado, se plantea esta definición del médico de medicina rural en poblaciones de tres mil quinientos habitantes en una ruralidad que cambió. La ruralidad cambió en virtud de que se van detrás de los emprendimientos productivos por una cuestión de necesidad. ¿Hay una necesidad de traducir ese cambio en la perspectiva de la medicina rural?

La otra pregunta tiene que ver con la incorporación de tecnología. Hoy la telemedicina está con cierta regulación, más allá de que puede faltar mucho. No me refiero al uso del dispositivo, que me imagino que ustedes lo tendrán; hablo de la telemedicina en el marco de todas las garantías existenciales para que puedan hacer las consultas de las especialidades. ¿Eso está siendo un recurso para la medicina rural? Si no lo es, ¿no deberíamos ir acercándonos a esa situación de cambio que ustedes requieren para garantizar la misma calidad a quienes viven en el interior del interior y estén accediendo a esas cosas? Capaz que son pequeños pasitos, pero son aproximaciones sucesivas hasta que tengamos efectivamente -o por lo menos nos acerquemos más- esto que ustedes dicen que fue elaborado en 2019, pero tiene plena vigencia

Dejo esto planteado como inquietudes a los efectos de tener un ida y vuelta que nos permita avanzar. Capaz que hay cosas que tienen que ir por norma, y ahí sí nosotros tenemos un protagonismo mayor.

SEÑORA CONDE (Claudia).- En el Ministerio de Salud Pública no hay una definición de médico rural. Hace muchos años se preguntó, y no existe nada escrito que diga qué es médico rural.

La definición en cuanto al número de habitantes la pusimos nosotros; son tres mil quinientos habitantes, pero no hay que olvidar que hay un área de influencia que a veces es mucho más grande.

En lo que tiene que ver con la diplomatura, nosotros tenemos un plan de salud rural y estamos más direccionados hacia una diplomatura, porque un posgrado implica crear cátedras y un montón de cosas que dificultarían las cosas aún más.

Estamos hablando de una diplomatura que tiene la formación general del médico -medicina familiar también, por supuesto- pero está planteada como algo coordinado con emergentología; esto implica coordinar emergencias pediátricas, de adultos y todo lo demás. Se viene conversando con gente de la escuela de posgrado, y ya se ha planteado. Estamos viendo de limar ciertas cosas que nos faltan para volver a tener una reunión
y hacer un planteo formal.

En cuanto a la telemedicina, quiero decir que lo estamos haciendo más a instancias privadas que a algo macro. Diría que es más "Yo Tarzán, tú Jane", y lo vamos manejando: "Te mando la foto de la tomografía, fijate". En Cerro Largo hay un plan piloto. Antes de la pandemia, en mi policlínica se hizo una prueba de conversación con Traumatología en Montevideo, pero eso quedó trunco. Entonces, uno no sabe cómo manejarse, cómo acceder, cómo llegar. Esa sería un área importante que está planteada en los puntos que queremos desarrollar con el doctor Cipriani. La telemedicina tiene mucho de futuro y acorta los tiempos de muchas cosas, sobre todo para el que tiene menos acceso a viajar en un ómnibus o por una ruta buena, lo que muchas veces no se da. Eso lo vamos a plantear al doctor Cipriani.

SEÑORA PRESIDENTA.- Nos comprometemos -como decían antes de irse el señor diputado De Mattos y las diputadas Pérez Bonavita, Reisch y Lustemberg- a enviar la versión taquigráfica -esa es una política de hace mucho tiempo de la Comisión- a la delegación que nos acompaña y también al Directorio de ASSE, respaldando la solicitud de que sean recibidos.

Nosotros vamos a ir monitoreando algunos planteos -como esta iniciativa, que fue del Parlamento- para ver en qué situación están. Ahí sí les vamos a pedir la respuesta de qué pasó, cuál es el análisis de ustedes sobre el hecho de que solo ocho se presentaron,

y cuáles son las condiciones que entienden deberían verificarse o incorporarse a los efectos de que esto pueda, por lo menos como monto de recursos asignados a esa iniciativa, traducirse en algo que vaya en beneficio de la medicina rural y de la población que lo necesite.

Mantendremos un nuevo contacto a los efectos de ver qué aspectos requieren de iniciativa legislativa para fortalecer lo que están planteando en este plan de salud rural.

Les agradecemos muchísimo que hayan venido hasta acá.

Se levanta la reunión.

Situación actual del suicidio en Uruguay

Grupo de comprensión y prevención de la conducta suicida en Uruguay
http://suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy





04/10/2022

¿Quienes somos?

El Grupo de Comprensión y Prevención de conducta suicida en el Uruguay, conjuga desde sus inicios una mirada que integra diferentes disciplinas y abordajes teóricos y metodológicos sobre la temática en nuestro país y el MERCOSUR. El Grupo comenzó a investigar en la temática en 2011, obteniendo productos divulgados a nivel académico, que han aportado a la sensibilización social y capacitación de actores clave (educativo, sanitario, policial y penitenciario) a través de la extension universitaria así como a la docencia universitaria de grado y posgrado.

Líneas de trabajo

Investigación

- Representaciones del personal de la educación y la salud.
- Construcción del dato.
- Poblaciones Vulnerables:

a. Adulto Mayor,
b. Hombres/Masculinidades,
c. Jóvenes,
d. Personas privadas de libertad.

Extensión

- Cursos de Educación Permanente (CENUR Este, Facultad Humanidades, Instituto de Higiene, etc.).
- Talleres de formación en prevención (ASSE, SIRPA, ANEP, Ministerio Interior, etc.).

Enseñanza

- Grado en diferentes facultades.
- Formación permanente: Dirigida a diferentes egresados universitarios.
- Posgrado:

1. Nacionales: (Enfermería, Ciencias Sociales),
2. Internacionales (Título propio en la Universidad del País Vasco - País Vasco, España).

Premisas de trabajo

1

El carácter interdisciplinario del “problema” que abordamos; es en este sentido que la conducta suicida requiere una aproximación desde varias disciplinas y actores.



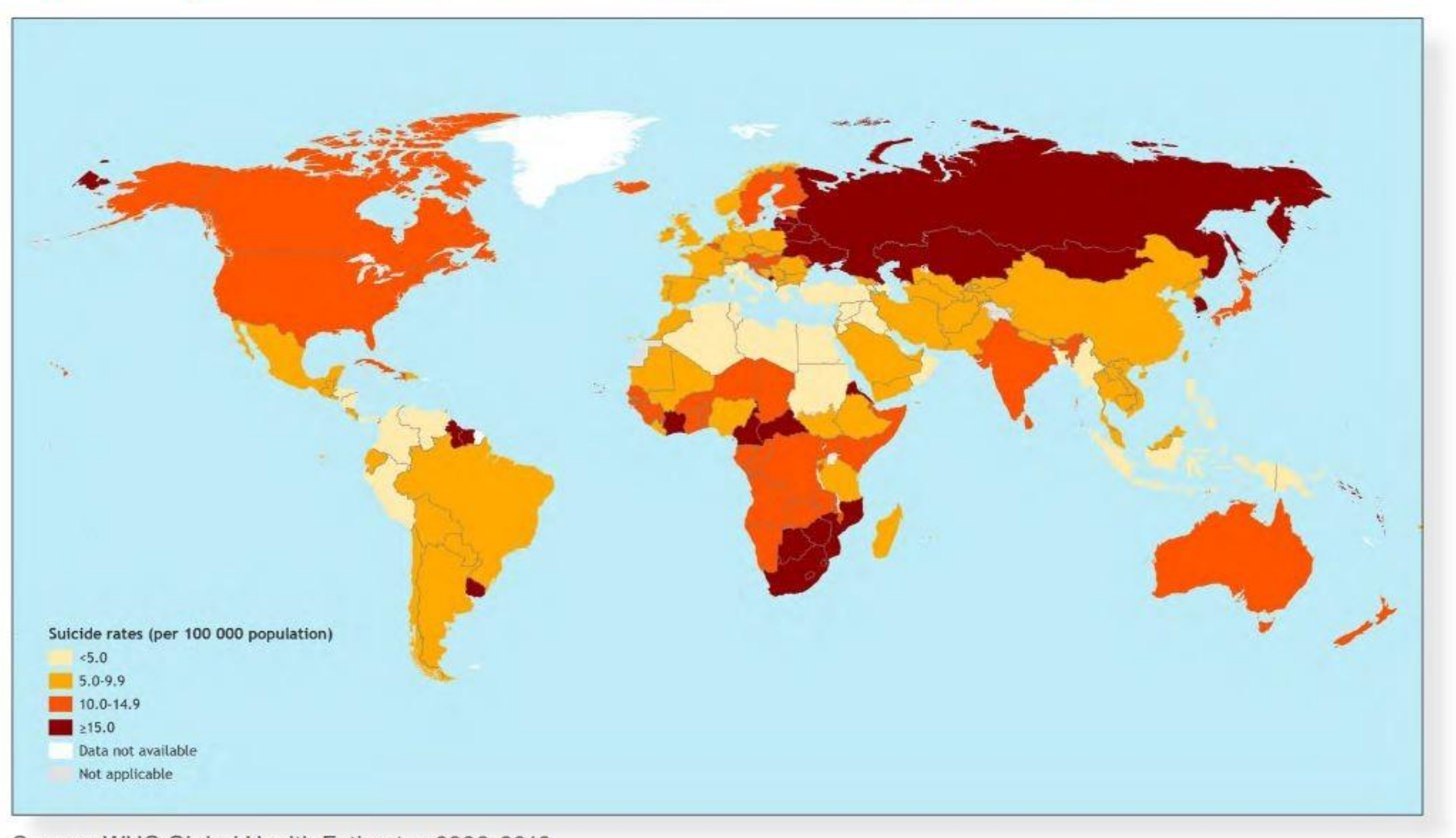
2

Consideramos que, tanto la comprensión como la prevención, deben desarrollarse en cuatro niveles o esferas superpuestas:

a) la Sociedad,
b) la Comunidad,
c) las Relaciones entre personas,
d) el Individuo como ser humano único y singular.

El suicidio en Uruguay en el mapa internacional

- **En 2019, se estima que 703.000 personas murieron por suicidio. La tasa global de suicidios estandarizada por edad fue de 9,0 por cada 100.000 habitantes.**
- **La tasa de suicidio en las Américas es de 14,2 por cada 100.000 habitantes.**
- **En Uruguay la tasa de suicidio es de 21.2 suicidios por cada 100.000 habitantes (OMS,2021)**



Leading 20 countries based on suicide mortality rate in 2019

(per 100 000 population)

Lesotho	72.4
Guyana	40.3
Eswatini	29.4
Republic of Korea	28.6
Kiribati	28.3
Micronesia (Federated States of)	28.2
Lithuania	26.1
Suriname	25.4
Russian Federation	25.1
South Africa	23.5
Ukraine	21.6
Uruguay	21.2
Belarus	21.2
Montenegro	21
Latvia	20.1
Slovenia	19.8
Belgium	18.3
Vanuatu	18
Mongolia	17.9
Kazakhstan	17.6

Fuente: Suicide worldwide in 2019: global health estimates; World Health Organization, 2021

Tasas de Mortalidad por suicidio en Uruguay 1997-2021



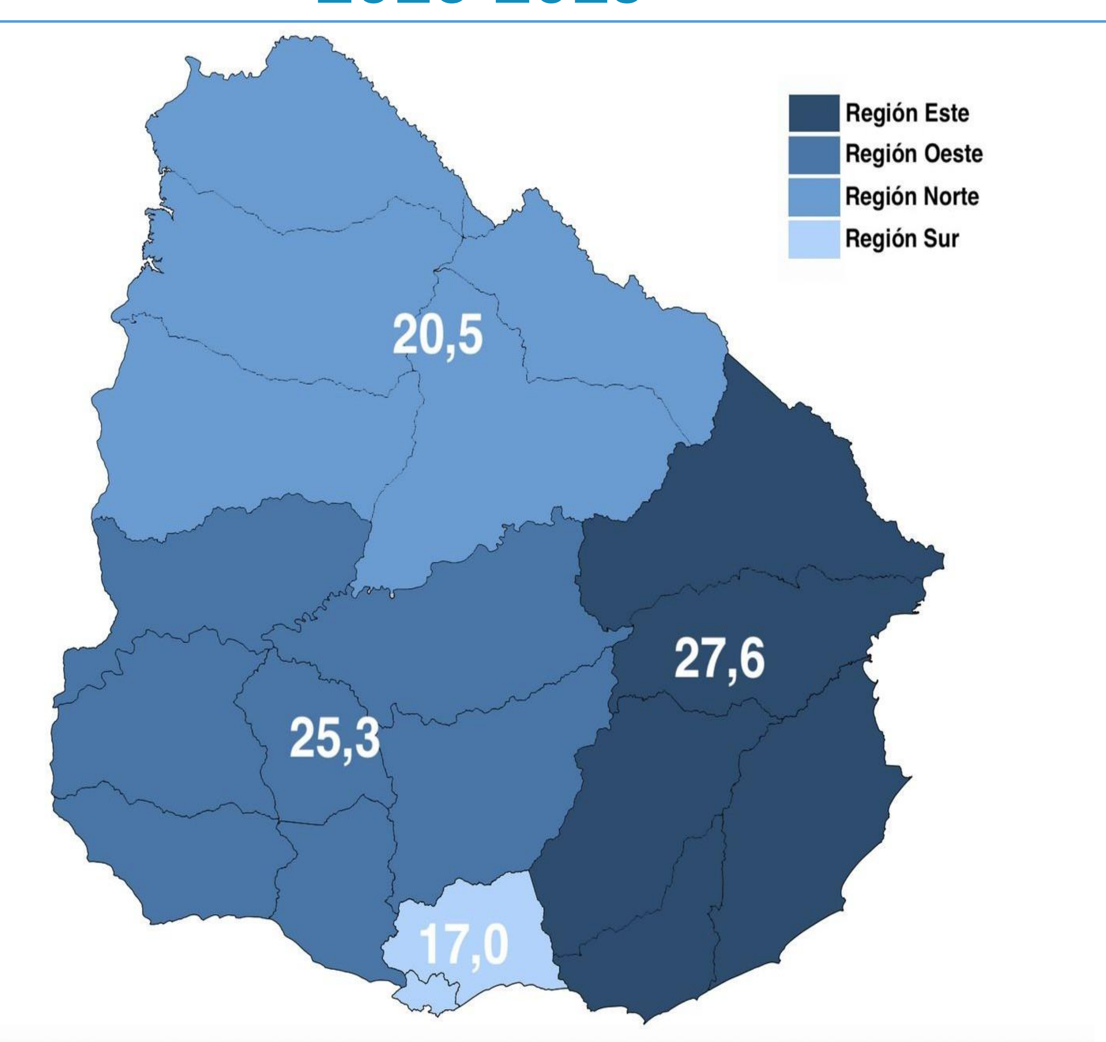
Fuente: Estadísticas vitales Ministerio de Salud Pública.

Tasas de Mortalidad por suicidio en Uruguay 2015-2021 según grupo etáreo

Grupo etario	Tasa por 100.000 habitantes						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
< 14	1.97	1.20	2.03	2.88	2.09	1.3	-
15-19	11.10	12.37	15.96	8.85	11.29	16.6	16,4
20-24	23.24	27.76	26.29	23.18	28.37	27.9	24,8
25-29	25.65	22.67	22.13	19.22	29.11	29.1	36,2
30-34	23.10	26.36	25.34	22.62	18.31	29.0	21,2
35-39	20.50	21.00	23.26	23.06	23.20	24.1	30,3
40-44	18.21	22.67	22.22	26.85	19.49	21.1	22,4
45-49	16.95	20.08	18.83	22.71	29.68	21.6	18,1
50-54	22.73	23.83	29.46	31.69	28.78	20.2	22,4
55-59	25.97	30.28	24.36	27.63	21.44	22.9	25,0
60-64	26.09	33.07	25.88	30.35	23.18	21.8	22,0
65-69	27.14	29.64	27.85	30.81	33.50	25.5	34,3
70-74	30.85	33.02	22.55	32.13	34.95	28.1	31,7
75-79	27.94	36.37	29.75	41.08	37.54	36.0	36,5
80-84	36.39	43.42	41.61	34.78	38.11	41.3	48,8
85-89							49,7
90+							40,4
Tasa	**18.55**	**20.54**	**19.70**	**20.25**	**20.60**	**20.33**	**21.39**
Promedio grupos	**22.52**	**25.22**	**23.82**	**25.18**	**25.26**	**24.44**	**28,25**

Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales, MSP

Suicidios a nivel nacional ambos sexos 2016-2019



Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales, MSP

Masculinidad/es y suicidio

Características del suicidio:

a) Fenómeno significativamente masculino.

b) Motivos:

- **Manifiestos**: adicciones e incremento sostenido violencia de género (feminicidio-suicidio);
- **Latentes**: incumplimiento de funciones, roles asignados socialmente (proveedor/sostén familiar), incorporados en los estilos de crianza desde edades tempranas, provoca miedo, vergüenza y desamparo, no pide ayuda, y se le veta expresión de las emociones;

c) Método: más letales y contundentes;algunos dan señales previas, carácter impulsivo.

Factores condicionantes:

- Componentes culturales directamente vinculados al género (construcción socio-historia).
- Físicamente fuertes, potentes, agresivos, exitosos, emprendedores, competitivos y ganadores, les cuesta aceptar fracasos, implica pérdida de poder y autoridad (anula reconocimiento del dolor, insatisfacción y frustración)

Respuesta social:

A. escasas investigaciones y publicaciones sobre depresión masculina
B. se lo condena, juzga y valora (acto de cobardía o valentía)
C. campañas silencian contenido social (exclusión) en la mayor probabilidad de cometer suicidio.

Propuesta:

1. **Reflexionar** sobre la identidad masculina, relación violencia/suicidio (estructural), sobre exigencias entre los propios hombres
2. **Repensar la visión** fragmentada, pensarlo y abordarlo como un tema social que nos involucra a todos.
3. Trabajar a nivel educativo con perspectiva de género

El suicidio será vivido como única salida a una situación de impotencia y sufrimiento. (Meneghel et al. 2012)

Adolescencia/s - Juventud/es y suicidio

Características del suicidio:

a) fenómeno de menor magnitud en términos de tasas pero de aumento creciente e impacto demoledor;

b)motivos: ausencia de figuras referentes e instituciones con roles de apoyos afectivos/instrumentales, pérdida de la familia como medio contenedor, conflictos al interior de la familia; estigmatización social; rupturas de pareja;

Síntomas depresivos e ideación suicida tienen una alta prevalencia

c)método: menos letales, exposición al riesgo muchas veces “encubren” llamados de atención reales pero banalizados.

Factores condicionantes:

A. Precariedad social, familiar y subjetiva (desarrollo con cambios del equilibrio psíquico que produce vulnerabilidad de la personalidad).
B. Despertar de la sexualidad y capacidad reproductiva, modificación de lazos familiares, oposición a normas y nuevas relaciones exogámicas, son la base de la construcción de la identidad y crisis asociadas.
C. Ambivalencia en las expectativas de este grupo (se espera “mucho” pero a su vez se desconfía de sus capacidades y posibles desbordes, son “peligrosos”).
D. No pensar en términos de heterogeneidad que presentan quienes integran estos diferentes colectivos y no contemplar las diferencias individuales.
E. Ignorar la amplitud que implica el pasaje de la juventud a la adultez.

Propuesta:

A. **Reflexionar** sobre la rigidez normativa y sobre-exigencias/expectativas hacia los jóvenes y adultos;
B. **Incorporar** perspectiva/opiniones/representaciones y/o vivencias de los propios jóvenes

La juventud y la vejez no estarían dadas sino que se construyen socialmente entre la lucha de jóvenes y viejos (Bourdie, 2000)

Adultos Mayores y suicidio

Características del suicidio:

a)Constituye el grupo de edad que alcanza con mayor frecuencia (en tasas) la expresión más grave de la conducta suicida: la consumación del acto.

b)Motivos: es frecuente que entre los motivos multifactoriales de la conducta suicida en el adulto mayor coexistan la soledad, el aislamiento, la enfermedad somática y la depresión.

Aspecto relevante sobre el suicidio en la vejez es la intencionalidad de morir al realizar el acto.

c)Método: Utilización de métodos letales: 85% de suicidios en varones es por ahorcamiento, armas de fuego y precipitación de lugares elevados. En mujeres los intentos mayoritariamente se dan por envenenamiento o ingesta de fármacos.

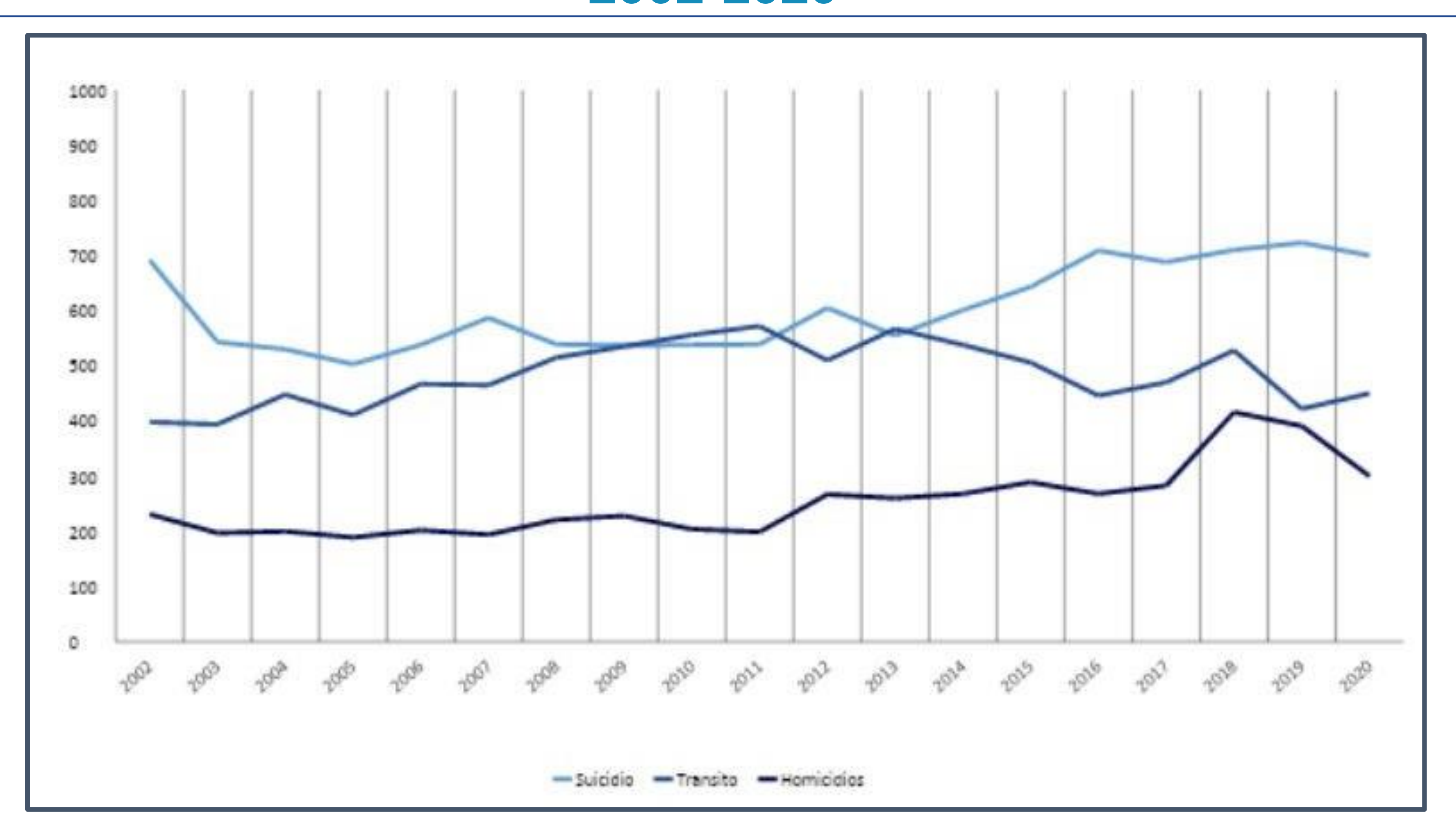
Factores condicionantes:

- Ageismo: proceso de estereotipar y discriminar sistemáticamente a la gente por ser anciana (Butler,1975).
- **Abuelo ping-pong** (hijos que se turnan el cuidado de los ancianos), **efecto peregrinaje** (ancianos que se mueven de casa en casa de los hijos) y la **Abuela esclava** (Asume el rol de cuidadora de varias generaciones).
- La institucionalización puede generar “suicidios pasivos” como la no ingesta alimenticia, de agua, rechazo de la medicación etc. /generan además la “muerte social”: se pierde la residencia, el barrio y los lazos que éste implicaba.
- Aislamiento social, falta de conexión social y soledad.
- Soledad normativa v/s soledad crónica.

Propuesta:

A. **Incorporar** perspectiva/opiniones/representaciones y/o vivencias de los propios Adultos mayores.
B. Trabajar en mejorar las conexiones sociales y el sentido comunitario y de pertenencia de los adultos mayores.

Muertes por suicidios, siniestros de tránsito y homicidios 2002-2020



Fuente: Grupo de Comprensión y Prevención Conducta Suicida

OBSTÁCULOS GENERALES ENCONTRADOS

- Apoyo a políticas públicas – priorización del fenómeno dentro de las políticas nacionales, dimensionarlo en forma integral con apoyo financiero, recursos humanos y desde lo normativo legal.
- Desconocimiento, mitos y estigmas que invisibilizan el problema y dificultan el trabajo y su abordaje en la agenda social y política.
- Falta de concientización para generar y procesar datos más allá de lo epidemiológico.
- Falta de apoyo institucional e intersectorialidad.
- Dificultades en la derivación y tiempos de respuesta.
- Falta de: formación, protocolos, técnicos y apoyo, trabajo en red, coordinación, apoyo de la familia y/o referentes.
- El suicidio de hoy se enmarca en una serie de cambios socio-culturales propios de la edad moderna que no están siendo atendidos: disminuyen las capacidades que las instituciones como las familias, escuelas y Estado tenían para ofrecer a los individuos, para ser marcos de referencia y de inserción social estables y confiables.
- Se favorece la percepción individual de que cada uno debe ser responsable de sus logros y fracasos.
- Campañas de sensibilización con escaso impacto social:
    - **https://elpais.com/sociedad/2022-09-28/la-soledad-no-deseada-no-es-un-fracaso-individual-sino-un-fracaso-como-sociedad.html**
    - **https://lacriaturacreativa.com/2022/06/23/la-ultima-foto-una-campana-que-demuestra-que-el-suicidio-a-veces-no-se-ve-como-todos-pensamos/**
    - **https://www.youtube.com/watch?v=sd4SyOLOA8o**

ESTIGMA

- El **estigma** relacionado con el suicidio sigue siendo un gran obstáculo para la prevención en muchos países.
- Este **puede obstaculizar/impedir que las personas busquen ayuda**.
- Oficia de barrera para el acceso a los servicios de salud que trabajan en prevención, asesoramiento, tratamiento y post intervención (posvención).
- **Oficia de barrera para una correcta ESCUCHA.**
- Altos niveles de estigma pueden afectar negativamente la adecuada notificación y registro de las conductas suicidas, con sus consecuencias para la salud pública.

Posibles líneas de comprensión y prevención

- Necesidad de fortalecer las **estrategias de prevención selectivas y sostenidas en el tiempo.** No existe hasta la fecha una integralidad de la prevención de la conducta suicida que involucre de manera planificada y sistemática a todos los sectores y a todos los agentes implicados en su prevención.
- Promoción conductas saludables, incorporando la **gestión de emociones en la educación para la salud y la vida.**
- Promoción de valores culturales positivos y solidarios.
- **Campañas de impactos sociales y de comunicación**
- Necesidad de una mayor visión global del fenómeno del SUICIDIO, comprender/integrar cómo pensamos la muerte,violencia de género, precariedad, desigualdad entre pares, desafiliación.
- Se *“percibe”* el **potencial de los métodos cualitativos y mixtos de investigación** dentro de un campo tradicionalmente dominada por los métodos cuantitativos.
- **Posvención:** el papel de “los afectados” o supervivientes en estos temas es de vital importancia; lograr articular propuestas que sobrepasen el estigma y lograr reposicionar desde “otras racionalidades” el tema duelo y muerte.
- Se trata de desarrollar una relación más basada en elementos teóricos “nuevos”, enfatizando el **papel del vínculo social y cultural en todo el “ciclo de vida” de los individuos en sociedad.**
- Necesidad de contemplar otras miradas, como la antropología, la comunicación y la etología social,psicología social,la geografía de la salud, contextos geoespaciales entre otras.

Posibles líneas de comprensión y prevención

- Dinámicas de precarización y violencia íntima (antropología de la violencia).
- **Autopsia Psicológica y Sociológica (como nuevas miradas al tema).**
- Los estilos de apego dan estabilidad, esto ayuda a explicar por qué las personas reaccionan de manera diferente a las condiciones con aparentemente “bases” similares.
- Percepciones sociales del dolor / Ciclo de felicidad / Sociología de las emociones.
- La importancia de los tipos de vínculos (filiación, participación electiva, trabajo y ciudadanía) nos dan formas de protección y de reconocimiento y cuando “se pierden” hay un déficit de protección y negación de reconocimiento.
- **“Trascender/Ampliar” la mirada exclusivamente sanitaria sobre el entendimiento del fenómeno**
- **Introducir, o darle mayor visibilidad al tema de la muerte y/o procesos de duelo en la sociedad.**
- En la juventud tener presente las nuevas aventuras (integración social y sexuales) o los sistemas de pruebas (superar estándares sociales aceptados). Estas pruebas se presentan como momentos que marcan discontinuidades en la vida.
- Los “soportes o recursos” son aquellos elementos que permiten superarlas. **Los soportes son el material con el cual se construye el tejido social y existencial.**
- Algunos soportes adquieren una mayor materialidad (objetos, recursos económicos o de tipo relacional), mientras que otros potencian sus capacidades de “sostener” a los jóvenes a partir de aspectos simbólicos (experiencias, actividades, afectos, aspiraciones, deseos o expectativas).





0800 0767

*0767

LÍNEA DE **APOYO EMOCIONAL**

0800 1920

Muchas gracias



suicidioprevencion@gmail.com



suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy